

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
RÉTENTION DU PLACENTA A TERME

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 30 juillet, à 3 heures

PAR

Justin MALETERRE

Né à Longeville-les-Saint-Avold, le 2 février 1871

INTERNE DES HOPITAUX (1894-1895)

CHEF DE CLINIQUE A LA MATERNITÉ (1895)

Examineurs : { MM. HERRCOTT, président.
GROSS, professeur.
FÉVRIER, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

NANCY

IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1896



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555810_0032

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
RÉTENTION DU PLACENTA A TERME

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 30 juillet, à 5 heures

PAR

Justin MALETERRE

Né à Longeville-les-Saint-Avoid, le 2 février 1871

INTERNE DES HOPITAUX (1894-1895)

CHEF DE CLINIQUE A LA MATERNITÉ (1895)

Examineurs : { MM. HERRGOTT, président.
GROSS, professeur.
FÉVRIER, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

NANCY

IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH, I .

Doyen honoraire : M. TOURDES, O , I .

Professeurs honoraires : MM. TOURDES O , I , COZE , I ,

HERRGOTT , I , HECHT , I , BEAUNIS , I .

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM,  , I  , professeur
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS,  , I  , professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I  , professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I  , professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I  , professeur
Pathologie externe.....	M. WEISS, I  , professeur.
Chimie médicale et Toxicologie.....	M. GARNIER, I  , professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I  , professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements.	M. A. HERRGOTT, I  , professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I  , professeur.
Hygiène.....	M. MACÉ, I  , professeur.
Thérapeutique et Matière médicale.....	M. SCHMITT, I  , professeur.
Anatomie pathologique.....	M. BARABAN, I  , professeur.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, I  , professeur.
Physiologie.....	M. MEYER, A  , professeur.
Pathologie générale et Pathologie interne	M. SIMON, I  , professeur.
Histologie.....	M. PRENANT, A  , professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, A  , professeur.

Cours complémentaires

Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER, I  , ag. lib., ch. du cours.
Clinique des maladies des vieillards....	M. P. PARISOT, A  , ag. l., ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, A  , ag., ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. FÉVRIER, A  , ag., ch. du cours.
Accouchements.....	M. SCHUHL, ag., chargé du cours.
Clinique des maladies mentales.....	M. N...

Agrégés en exercice

MM. GUÉRIN, A ,
HAUSHALTER, A ,
FÉVRIER, A ,
ÉTIENNE.

MM. ZILGIEN,
GUILLOZ,
FROELICH,
SCHUHL.

MM. JACQUES.
LAMBERT.

Agrégés libres : MM. SCHLAGDENHAUFFEN , I , ROHMER, I , VAUTRIN, A ,
REMY, A , P. PARISOT, A .

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, , A , Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

BIEN FAIBLE MARQUE DE MA PROFONDE AFFECTION
ET RECONNAISSANCE

A MES GRANDS PARENTS

A MA TANTE A MON ONCLE

A MES SŒURS

A MON FRÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

TÉMOIGNAGE DE VIVE ET SINCÈRE AFFECTION

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HERRGOTT

Professeur de clinique obstétricale

A TOUS MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE NANCY

INTRODUCTION

Notre intention en publiant ce travail n'est pas de présenter un sujet nouveau, mais de remettre au point un sujet déjà maintes fois traité.

Nous ne nous sommes occupé que de la rétention partielle et totale du placenta à terme, laissant de côté ce qui a trait aux membranes. Nous avons d'ailleurs insisté plus particulièrement sur la rétention totale. Voici quel est notre plan :

Tout d'abord il nous a paru indispensable de donner une définition de la rétention du placenta, et, pour cela, nous avons suivi la ligne de conduite de M. le professeur Tarnier en ce qui concerne l'avortement ; autrement dit, nous nous sommes basé sur le temps où, dans la majorité des cas, s'effectue la délivrance après l'expulsion fœtale. Cette définition donnée, nous dressons un tableau complet des causes de la rétention et nous passons de suite au diagnostic. A ce propos, nous n'avons pas cru devoir exposer, en même temps que chaque cause, les symptômes auxquels elle donnait lieu quand elle entraînait en jeu, trouvant plus logique de nous mettre en face d'une femme qui vient d'accoucher et chez qui la vue, le palper et le toucher aidés de quelques commémoratifs nous fournissent des renseignements qui permettent d'abord de dire s'il y a rétention et de rattacher ce

phénomène à telle cause plutôt qu'à telle autre. Enfin nous avons montré ce que devenait le placenta totalement ou partiellement abandonné dans l'utérus, les accidents qu'il pouvait engendrer et la façon de remédier à ces accidents, c'est-à-dire le traitement.

Mais avant d'entrer en matière, nous voulons de suite nous acquitter de la partie la plus facile et la plus agréable de notre tâche, celle qui consiste à remercier nos professeurs.

Si après avoir été renvoyé du service d'accouchement pour y être venu en troisième année alors que nous disséquions, nous nous sommes obstiné à vouloir y reparaitre, c'est que nous nous y sentions attiré par l'enseignement de celui qui nous avait aimablement et justement expulsé.

Les excellentes relations que nous avons eues avec M. le professeur Herrgott, dont nous avons été l'interne d'abord, le chef de clinique ensuite, nous ont montré qu'il était bien le maître généreux, qui ne ménage ni sa science, ni son affection, ni ses bons conseils à ses élèves, le maître, en un mot, que nous rêvions pour nous.

Aussi nous félicitons-nous d'être rentré dans cette clinique obstétricale, où nous aurons passé bientôt déjà deux délicieuses années et où nous avons eu la satisfaction d'élaborer cette thèse inaugurale sous la direction de ce maître distingué, à qui nous adressons tous nos remerciements pour l'honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de ce travail, après en avoir surveillé l'exécution.

Nous remercions également M. le professeur Gross

de nous avoir reçu comme bénévole dans son service ; c'est lui qui nous a fait aimer la chirurgie.

L'excellente impression qui nous est restée de notre premier stage chez lui nous a invité à y retourner comme externe titulaire, et nous avons pu une fois de plus apprécier les grandes qualités de ce maître dévoué, appréciation que nous avons été heureux de voir ratifier tout récemment encore. Les marques d'amitié toutes particulières qu'il nous a données à maintes reprises depuis que nous l'avons quitté nous ont beaucoup flatté, et nous sommes très content de penser qu'il a conservé de nous un bon souvenir.

Si nous sommes arrivé à l'internat, c'est certainement aux excellentes leçons de M. le professeur Weiss que nous devons notre succès. Nous avons en cette occasion largement usé de ses instants si précieux, qu'il nous a d'ailleurs prodigués d'une façon bien généreuse. Notre entière reconnaissance lui est acquise.

A peine remis des fatigues de son concours d'agrégation, M. le professeur agrégé Schuhl s'est mis, avec une amabilité dont nous nous souviendrons toujours, à notre disposition pour nous aider à préparer notre cliniquat ; c'est lui qui a dirigé notre travail avec la compétence qu'on lui sait, qui nous a donné des plans, nous a expliqué bien des points obscurs dans notre esprit. Cette thèse lui doit d'ailleurs plus d'une retouche. Qu'il reçoive lui aussi toute l'expression de notre bien vive reconnaissance.

Nous n'oublierons pas l'enseignement médical que nous ont donné MM. les professeurs Bernheim et

Spillmann, dont nous avons eu l'honneur d'être les externes.

M. le professeur agrégé Remy voudra bien accepter l'assurance de toute notre gratitude pour la sympathie et la confiance qu'il nous a témoignées alors qu'il dirigeait le service de la Maternité pendant les vacances.

Quant à toi, mon cher Lucien, mon *alter ego*, je ne puis te passer sous silence. Je ne crois pas que les cinq années d'amitié qui nous lient, années durant lesquelles nous avons préparé ensemble nos examens et nos concours, nous les oublions jamais.

J'espère même qu'elles ne seront que le prélude de cette longue amitié qui nous unira toujours.

Un regret que j'exprime bien haut, c'est d'avoir trop tard bien connu mon excellent ami Faure, chef de clinique ophtalmologique, dont j'apprécie chaque jour le grand cœur et l'entier dévouement.

Ma liste de remerciements serait incomplète si j'omettais mon ami Treff, dont j'ai largement mis à contribution le zèle et l'obligeance pendant mon année d'internat à la Maternité. C'est grâce au grand nombre d'observations qu'il a prises pour moi et qui m'ont allégé d'autant ma besogne, que j'ai pu trouver le temps de préparer à la fois mes examens et mon concours de chef de clinique.

DÉFINITION

Il est assez difficile de définir la rétention placentaire. On sait en effet que normalement le placenta reste dans l'utérus un certain temps après l'expulsion fœtale ; peut-on dire alors qu'il y a rétention de l'organe ? Non.

Pour qu'il y ait rétention, il faut que la matrice conserve le placenta dans sa cavité au delà du temps habituel. Connaître ce temps c'est fixer, en quelque sorte, le point de départ de la rétention. Voyons donc comment nous pouvons y arriver.

En consultant à ce propos les auteurs, on les trouve à peu près unanimes à dire : que le décollement du placenta demande de 10 à 30 minutes, que son passage de l'utérus dans le vagin (si on laisse agir seule la nature) s'effectue en une demi-heure au plus (20 à 30 minutes).

Au total, l'utérus est débarrassé du placenta au moins en une heure. Vient-on en aide à la nature en faisant soit de l'expression, soit des tractions sur le cordon, soit les deux choses à la fois, on abrège le plus souvent le temps de sortie du délivre que l'on voit tomber au-dessous d'une heure.

Conclusion : C'est durant l'heure qui suit l'expulsion du fœtus que se produit dans le plus grand nombre des cas l'issue du placenta hors de la cavité utérine ; passée cette heure on est en droit de dire qu'il y a rétention du placenta.

Comme il est toujours précieux d'avoir à sa portée une statistique, nous nous sommes adressé à la thèse de M. Murray sur la durée de la délivrance (Paris, 1889-90) et nous avons relevé sur un total de 3,405 accouchements à terme, 3,237 délivrances accomplies dans la première heure qui avait suivie la naissance de l'enfant, autrement dit 19 fois sur 20 ; proportion de nature à légitimer notre conclusion que nous adoptons comme définition.

ÉTIOLOGIE

La rétention du placenta reconnaît un certain nombre de causes que l'on pourrait grouper en se basant sur le mécanisme de la délivrance physiologique et d'une façon plus précise sur les deux premiers temps de ce mécanisme à savoir : le décollement du placenta et son expulsion hors de l'utérus. Une semblable classification serait rationnelle, mais elle nous forcerait à des redites (ainsi l'inertie devrait rentrer dans les deux groupes), aussi lui préférons-nous la suivante :

Causes intrinsèques.....	Causes tenant à l'utérus	Inertie.	
		Contracture	$\left\{ \begin{array}{l} \text{totale.} \\ \text{partielle.} \end{array} \right.$
		Malformations utérines.	
		Déviatiôn de l'axe.	
	Causes tenant au placenta.....	Volume.	
		Adhérences normales.	∞
		Placentas multiples.	
Causes extrinsèques.....	Kystes ovari- ques. Fibromes. Rétention d'urine. Tumeurs fécales ? Pression atmosphérique ?		

Il importe de savoir que ces différentes causes, outre cette particularité que certaines présentent, d'agir à la fois sur le décollement et l'expulsion du placenta, sont susceptibles de se compliquer l'une et l'autre et si dans quelques cas la réunion de plusieurs d'entre elles ne rend pas l'intervention plus pénible et n'aggrave pas sérieusement le pronostic, il n'en est pas toujours ainsi ; pour ne donner qu'un exemple, citons la contracture totale ou partielle compliquée d'adhérences.

Nota. — Quelques auteurs considèrent la rupture du cordon comme une cause de rétention du placenta. Nous croyons que c'est à tort, attendu que cette rupture n'est elle-même que la conséquence de tractions trop fortes exercées sur un cordon plus ou moins résistant pour amener au dehors le placenta retenu le plus souvent par des adhérences anormales ou par une contracture.

Suivant l'ordre indiqué par notre plan, nous allons envisager successivement chacune des causes énumérées en insistant davantage sur les plus importantes.

INERTIE

Par ce mot nous entendons, non seulement l'absence de rétractilité, mais encore le manque de contractilité, persuadé que ces deux facteurs sont nécessaires au décollement du placenta.

L'inertie peut n'être que la continuation d'un état semblable de l'utérus pendant les deux premières périodes du travail, où elle peut se montrer seulement à la délivrance. Comme la séparation du placenta ne se produit qu'après l'expulsion fœtale (sauf dans quelques cas restreints : brièveté du cordon, albuminurie, placenta prævia, présentation du siège d'après

M. Tarnier, où le décollement peut précéder la sortie du fœtus) si la rétractilité et la contractilité ne se montrent pas alors, ou se montrent mais insuffisantes, il n'existera pas de décollement placentaire, par conséquent, il n'y aura point d'hémorrhagie puisqu'aucun sinus n'est ouvert, mais si les deux facteurs après être entrés momentanément en jeu et avoir produit leur résultat habituel (en l'absence d'adhérences anormales), c'est-à-dire un décollement partiel ou total du placenta suspendent leur action, il en résulte l'ouverture de vaisseaux utérins au niveau de la partie décollée, vaisseaux que n'étreignent plus « *les ligatures vivantes* » puisqu'il y a relâchement et, par leur orifice béant, le sang s'écoule, tantôt à l'extérieur, tantôt à l'intérieur, souvent d'une façon mixte.

L'inertie peut être complète, l'organe tout entier se trouvant relâché, ou incomplète, une portion seule de la matrice présentant ce caractère. Cette portion, inerte le plus souvent, correspond à l'insertion placentaire ou toujours, d'après Pinard et Varnier la contractilité et la rétractilité seraient plus faibles qu'ailleurs en raison de la minceur de la paroi utérine à cet endroit.

On rencontre l'inertie dans les conditions les plus diverses, tantôt chez des femmes anémiées, faibles ; tantôt chez des femmes robustes, sanguines. Certaines y sont prédisposées. L'albuminurie semble la favoriser.

Les impressions morales, qui peuvent faire naître la contracture ont été signalées comme capables également d'engendrer l'inertie. Il en est de même des tractions sur le cordon. Plus grand paraît être le rapport entre l'inertie et l'hydramnios, la grossesse gémellaire, le travail long et laborieux que nécessi-

tent les rétrécissements du bassin, les présentations vicieuses, la rupture prématurée des membranes.

Pourquoi la note-t-on plus fréquemment chez les primipares âgées que chez les primipares jeunes ; sans doute à cause de la résistance très grande des tissus (col, périnée, vulve) à la dilatation chez les premières, des efforts que doit faire l'utérus pour triompher de ces obstacles et de l'épuisement dans lequel il se trouve plongé, l'obstacle étant vaincu.

A l'opposé, on a rencontré l'inertie quand l'évacuation de l'utérus s'est produite rapidement et que le muscle, trop vite débarrassé, est resté comme étonné, stupéfié.

Le cancer, les corps fibreux, la tuberculose, peuvent être des agents d'inertie, soit par l'altération de la fibre musculaire qui perd de son pouvoir rétractile et contractile, soit par le surmenage auquel ils contraignent l'utérus en l'obligeant à faire passer le fœtus à travers une voie rétrécie.

Citons enfin la rétention d'urine que nous traiterons plus loin.

Si l'inertie se montre seulement après le décollement du placenta, ce dernier n'est pas expulsé puisque c'est la même contraction qui aide au décollement, qui chasse le placenta hors de l'utérus. Mais en raison de l'hémorrhagie et de la délivrance artificielle qu'elle nécessite presque toujours immédiatement, la rétention n'a généralement pas le temps de s'affirmer dans ce cas.

CONTRACTURE

Privée de son caractère le plus important, l'intermittence, la contraction utérine dégénère en contracture, source de rétention.

La contracture a sans doute pu être constatée à la suite de frictions sur l'utérus, de tractions sur le cordon, de touchers répétés, mais il faut bien avouer que dans la majorité des cas, le grand coupable a été le seigle ergoté administré intempestivement. Et le jour où sera strictement suivi le précepte du professeur Pajot : « Ne jamais donner de seigle ergoté tant que l'utérus contient quelque chose », disparaîtront du même coup ces contractures rebelles à toute thérapeutique et déjà causes de tant de morts.

Où siège de préférence la contracture ?

D'une manière générale, il est permis de dire qu'elle peut intéresser tous les points de l'utérus, mais qu'elle est plus fréquente et plus énergique dans toute la portion située au-dessus de l'anneau de Bandl. Il y a une raison à ce fait et cette raison se trouve dans la structure de cette région qui diffère de celle du canal cervico-utérin située au dessous.

Nous jugeons à propos de citer ici les résultats d'un travail auquel s'est livré le docteur Acconci, privat docent, d'obstétrique de Turin (1).

Pour cet auteur, le corps de l'utérus renferme une proportion considérablement plus grande de fibres musculaires que le segment inférieur. Il y a des fibres élastiques dans le corps, mais en quantité notablement moindre que dans le segment inférieur. La différence d'épaisseur que l'on constate au-dessus et au-dessous de la limite constituée, par l'anneau de Bandl tiendrait d'après lui, à l'absence de toute une couche de fibres musculaires qui existeraient dans la partie supé-

(1) Acconci. — *Archives de tocologie*, 1890, p. 794.

rieure et ferait défaut dans la partie inférieure. Cette couche absente serait constituée pour lui par des fibres circulaires alors que pour la plupart des auteurs elle répondrait à la couche moyenne. Quant au col il présente très peu de fibres musculaires, le tissu qui le constitue est en grande partie du tissu élastique. Le trajet des fibres musculaires relativement peu volumineuses est oblique, les fibres circulaires sont en petit nombre et même, à en croire M. Acconci, elles ne forment pas des anneaux complets autour des orifices. Comme ce sont les fibres musculaires qui produisent la contracture, rien d'étonnant à ce qu'elle se produise plus souvent là où elles sont plus nombreuses et plus grosses.

Un point est donc acquis ; c'est la fréquence plus grande de la contracture au niveau du corps utérin proprement dit, mais dans cette partie certains points peuvent être atteints de spasme, puis d'autre part le col utérin peut lui aussi présenter le même phénomène. Aussi nous écartant un peu de la division du professeur Stolz, adopterons-nous à ce sujet de la classification suivante.

Contracture totale de l'utérus, comprenant.....	{	Corps.
		Segment inférieur.
		Col.

Contracture partielle pouvant porter sur	{	Orifices {	externe.	interne.	{	Totalité.	Anneau de Bandl.
		hormis segment inférieur				Enclatement ou mieux Enkystement.	

1^e *Contracture totale*. — Cazeaux (1) en cite un cas remarquable rencontré par le professeur Stolz, dans sa clientèle et dû au seigle ergoté. (3 grammes avaient été administrés).

Nous le relatons tel que nous l'avons trouvé.

« L'utérus était développé comme au 5^e mois de la grossesse mais ferme, presque dur, tellement il était contracté. En suivant le cordon, on arrivait jusqu'à l'orifice externe qui était très resserré et permettait à peine l'introduction de la première phalange. Tout ce qui put être exploré de la matrice était fermé, contracté comme le fond et le corps. »

Les faits de ce genre sont peu fréquents, surtout aujourd'hui.

Contracture de l'orifice externe. — Plus rare peut-être encore est le spasme de l'orifice externe seul, nié par la plupart des auteurs et que le professeur Pinard dans ses leçons de 1891, ne reconnaît possible qu'après ingestion d'ergot de seigle (2).

2^o *Contracture de l'orifice interne*. — La contraction de l'orifice interne proprement dit, qui n'existe également pour M. Pinard, que comme méfait imputable à l'ergot de seigle, est exceptionnelle et cependant on la rencontre souvent décrite dans les anciens auteurs. Comment expliquer cette divergence ? A une interprétation erronée des faits observés.

En effet, il suffit de lire dans Cazeaux et plus récemment dans Charpentier, les quelques lignes ayant trait au spasme de l'orifice interne, pour se demander si ces

(1) Cazeaux. *Traité de l'art des accouchements*, 1862.

(2) Voir *Précis d'obstétrique*, de Ribemont-Desaignes, p. 525.

auteurs n'ont pas commis une méprise. Il est facile d'ailleurs de reprendre le paragraphe et de le commenter. Le voici (Charpeutier, *Traité des accouchements*, 1892, p. 494, t. II).

« Tandis que le col, après la sortie de l'enfant est, comme le dit Cazeaux, si mou, si défiguré, si flasque, qu'il ressemble à une portion flottante du gros intestin, à 12 ou 15 centimètres au dessus, le doigt rencontre une espèce d'étranglement qui est l'orifice interne froncé et presque entièrement fermé. Suivant M^{me} Boivin, le col utérin, dans cet état de flaccidité, présente quelquefois 13 et 15 centimètres de long et 11 à 13 centimètres de diamètre. Au-dessus de cette partie rétrécie, se trouve la cavité du corps, dont les parois embrassant le placenta sont quelquefois fortement rétractées, d'autres fois au contraire, dans un état d'inertie plus ou moins complète. La cavité utérine s'est ainsi partagée en deux portions. Lorsque la portion supérieure s'est contractée de toutes parts sur le placenta, ce qui est le cas le plus ordinaire elle n'offre plus que la moitié du volume total de l'organe de sorte que le rétrécissement, quoique siégeant à l'orifice interne se trouve cependant situé à peu près à la partie moyenne ; c'est ce qui a pu faire croire à plusieurs accoucheurs qu'ils avaient affaire à une contracture irrégulière du corps de l'utérus. »

Or, à notre avis, ces accoucheurs avaient raison. Qu'elle est en effet la longueur du col ? 4 à 5 centimètres. Admettons que sous l'influence du travail il y ait une légère elongation, jamais les chiffres de 12, 13 et 15 ne seront atteints.

Il n'en est plus de même si à la dimension du col

on ajoute la hauteur du segment inférieur qui, en raison de son élasticité se laisse facilement distendre, surtout quand il y a eu prolongation du travail par suite de difficultés à vaincre, alors on arrivera au chiffre approximatif (car il est difficile de faire une mensuration bien exacte sur le vivant) de 11, 13 et 15 centimètres.

Mais si on ajoute à la longueur du col celle du segment inférieur « l'espèce d'étranglement », n'est plus l'orifice interne mais l'anneau de Bandl et toutes les anciennes observations relatant des contractures de l'orifice interne, doivent changer de titre, l'anneau de Bandl étant le véritable intéressé, ainsi que l'affirme très justement M. Demelin, dans son excellente thèse (1).

La contracture de la partie inférieure du corps proprement dit de l'utérus est la plus fréquente. Elle est justiciable de touchers répétés, de tractions du cordon et du seigle ergoté.

Le spasme peut porter exclusivement sur l'anneau de Bandl, la partie située au-dessus se trouvant relâchée.

Mais on a vu d'autre part, toute la portion située au dessus (le fond compris), contracturée en même temps que l'anneau lui-même et le placenta rester emprisonné.

Dans les deux cas l'utérus a la forme d'un sablier et répond à ce que l'on appelle un hour-glass. Le placenta peut être complètement emprisonné dans le compartiment supérieur ou occuper à la fois le compar-

(1) Démelin, Th., Paris, 1888.

timent supérieur et inférieur, étranglé par son milieu.

Enchatonnement ou mieux enkystement. — Le phénomène qui, depuis Levret, porte ce nom, est une incarcération du placenta dans une cellule formée aux dépens d'une portion de la paroi de l'utérus. A ce sujet, M. le professeur A. Herrgott insiste sur l'inexactitude du terme enchatonnement qu'il propose très justement de remplacer par celui plus exact d'enkystement. Pour lui, le mot enchatonnement doit être réservé à ce que l'on trouve décrit dans les auteurs sous le nom d'encadrement, c'est-à-dire au cas où toute la circonférence placentaire est entourée par un bourrelet du muscle utérin dont la hauteur est égale à l'épaisseur du placenta, autrement dit par un bourrelet qui n'anticipe que peu ou point sur sa surface fœtale.

L'enkystement du placenta est une rareté, mais il n'est plus actuellement mis en doute. La pièce qui se trouve dans le Musée de la Maternité de Nancy, en est un bel exemple. Elle a été étudiée par un de nos prédécesseurs, le Dr A. Bubendorf (1), dans sa thèse soutenue en 1881.

Notre intention n'est pas de reprendre ici au long une étude sur l'enkystement qui ne rentre pas directement dans le cadre de ce travail et nous forcerait à redire, moins bien certainement, des choses si clairement et correctement exprimées par M. Bubendorf. Nous nous bornerons seulement à faire quelques em-

(1) Bubendorf. Thèse Nancy 1881. — *Considérations sur l'enchatonnement du placenta.*

prunts à sa thèse et à mettre en reliefs certains points particuliers.

Siège. — Tout d'abord dans quelle région du corps utérin se produit de préférence l'enkystement ?

A en croire Guillemot, ce phénomène pourrait exister partout, mais plus rarement au fond, parce que la force expulsive acquiert là son maximum d'intensité et se trouve le plus souvent suffisante pour détruire les adhérences qui sont pour lui la cause première de l'enchatonnement placentaire. Or, il y a quelques inexactitudes.

En effet, la presque totalité des cas d'enkystements cités dans les thèses de Bubendorf et de Milhau (1), siège au fond de l'utérus ou au niveau d'une corne. Ces deux auteurs n'ont relevé que deux cas, celui d'Agaste et de Saucerotte au XVIII^e siècle, où le kyste se trouvait le premier sur la face antérieure, le second sur la face postérieure de l'utérus. A quoi tient ce fait ?

Est-ce parce que le fond constitue déjà par lui-même un point faible (comme l'ont démontré sur leurs coupes Pinard et Varnier) (2), affaibli encore par l'insertion placentaire (voir ces mêmes auteurs) et destiné en quelque sorte à se laisser facilement déprimer, enfoncer, la rétraction et la contraction s'y trouvant insuffisantes ou nulles tandis que tout autour, en raison de l'épaisseur des parties utérines environnantes, elles sont énergiques, la contraction ayant même une

(1) Milhau, Thèse Montpellier 1882. — *Essai sur l'enchatonnement du placenta.*

(2) Pinard et Varnier. — *Atlas d'anatomie obstétricale normale et pathologique.*

tendance à perdre son intermittence, c'est possible, très probable même. Quand l'insertion du placenta a lieu au niveau d'une corne et qu'il se produit un enkystement, il faut bien reconnaître là un effet des anneaux musculaires très puissants qui environnent les trompes et qui ont conservé tout autour de l'insertion placentaire leur énergie totale, alors que dans les parties occupées par le placenta, elle a diminué par le fait même que le placenta affaibli le point où il s'implante.

Mais pourquoi l'enchatonnement n'est-il pas plus fréquent puisque d'après les anciens auteurs le fond est le lieu d'insertion préféré par le placenta. Il est difficile de répondre positivement à cette question. Cependant on peut se demander si l'opinion des anciens est bien exacte.

Pinard et Varnier se basant en effet sur des milliers d'observations ont déclaré : 1° que l'insertion totale du placenta sur la voûte utérine est un fait exceptionnel ;

2° Que le placenta est habituellement inséré à la fois sur les segments moyens et supérieurs de l'utérus ; qu'il empiète même souvent sur le segment inférieur. On comprend dès lors que l'insertion totale du placenta dans le segment supérieur étant rare, l'enkystement peut l'être aussi. Reste un fait inexplicable pour nous, c'est la plus grande fréquence du phénomène à droite qu'à gauche.

En résumé, l'enkystement qui est dû, pour certains auteurs, à l'inertie de la paroi utérine au niveau de l'insertion du placenta, pour d'autres à la contracture

spasmodique d'une partie de l'utérus, nous semble justiciable de l'une et l'autre cause.

Nous pensons qu'il peut exister fréquemment dans les malformations utérines, mais nous ne nous rangeons pas à l'avis trop absolu de Bourrus (1) pour qui il n'y a réellement enkystement du placenta que dans les utérus bicornes.

Le kyste forme une tumeur surajoutée à l'utérus, tumeur de volume généralement moindre que la matrice et séparée d'elle par un étranglement plus ou moins net qui donne à la masse totale un aspect bilobé bien représenté dans sa thèse par M. Herrgott père. L'un des lobes, le principal, prend naissance derrière la symphyse pubienne, il est constitué par l'utérus ; l'autre, moins volumineux, le châton, se détache du premier vers le fond.

Les deux tumeurs peuvent être dures d'une façon permanente et cette dureté augmente à intervalles pendant les contractions (cas J.-F. Herrgott (2) Tedenat (3) ; Plessman dit que la tumeur inférieure était moyennement rétractée et que la supérieure était renitente. Enfin, Simpson et Herbin ont trouvé le kyste dur et l'utérus mou présentant même une tendance à s'inverser.

Le kyste est complet s'il renferme tout le placenta, incomplet s'il n'en contient qu'une partie, l'autre située au dehors se trouvant séparée de l'interne par une dépression correspondant à l'orifice. Cet orifice

(1) Bourrus. Th. Bordeaux 1891. — *Etude sur les formes anormales de l'utérus gravide.*

(2) Th. Bubendorf. Nancy 1891. — *Loco-citato.*

(3) Th. Milhau. Montpellier 1882. — *Essai sur l'enchatonnement du placenta.*

a des dimensions variables, tantôt il est assez resserré pour étreindre le cordon (cas F.-J. Herrgott) ; tantôt admet deux ou trois doigts (Smellie) quelquefois il a un diamètre presque égal au placenta (véritable enchatonnement). Les bords de l'orifice sont rigides, dilatables ou non.

Le placenta, enfermé dans le kyste, peut être entièrement ou partiellement adhérents ; il peut même, comme dans le cas de M. F.-J. Herrgott, être absolument libre.

Guillemot et Velpeau ont décrit, sous le nom « d'enchatonnement multiloculaire », une particularité du kyste qui, au lieu d'être constituée par une loge unique, présenterait des loges multiples renfermant chacune un cotylédon placentaire.

La vraie cause de l'enkystement est inconnue, tout ce qu'on peut dire, c'est que l'insertion sur le segment supérieur paraît y prédisposer ; les adhérences ont été tour à tour niées et admises. Bourrus croit l'enkystement étroitement lié à une malformation utérine.

Quant à la cause occasionnelle, elle réside presque toujours dans des frictions de l'utérus et des tractions du cordon.

Le seigle ergoté serait sans doute capable de produire le même phénomène, mais, dans tous les cas que nous avons lu, il n'avait pas été employé.

MALFORMA-
TIONS
UTÉRINES

Voyons d'abord ce que l'on entend par malformation et quelles sont les différentes malformations qu'on peut observer.

L'utérus et les trompes sont formés aux dépens des deux conduits de Muller. Ces deux conduits, nettement séparés au début, se réunissent bientôt dans

leur partie terminale de manière à former un Y. Les deux bras de l'Y deviendront les trompes et la tige verticale par la fusion des deux conduits se transformera en utérus et en vagin.

La fusion manque-t-elle ou se fait-elle incomplètement, il y a malformation. Si la duplicité primitive de l'utérus persiste, si aucune soudure ne se produit, on a l'utérus didelphe.

Un des conduits oublie-t-il de se développer, il en résulte un utérus unicorne.

Si la fusion des conduits de Muller se fait complètement, l'utérus constitue une cavité unique dont le fond est arrondi en forme de dôme, si elle s'opère incomplètement, on a les différents aspects décrits : *sous le nom d'utérus bicorne*, quand les deux tubes de Muller se sont réunis au niveau du col et s'écartent au niveau du segment supérieur, les cornes ici s'étant développées isolément à droite et à gauche et se trouvant parfaitement distinctes, l'une d'elles est même quelquefois plus développée que l'autre qui peut être atrophiée.

Sous le nom d'utérus cloisonné ou biloculaire, quand les deux conduits de Muller se sont développés et rapprochés mais que la cloison médiane ne s'est pas résorbée.

Enfin sous le nom d'utérus cordiforme quand la cloison médiane n'est pas complètement résorbée et forme un petit éperon s'avancant dans la cavité utérine ou quand elle a complètement disparu mais que le fond de l'organe ne s'est pas développé et au lieu d'être saillant reste déprimé.

Dans tous ces cas de fusion incomplète, on observe une dépression centrale plus ou moins profonde du

fond de l'utérus qui donne à l'organe la forme d'un cœur de carte à jouer.

Ces connaissances acquises, il importe de savoir comment s'effectue la délivrance dans les différentes malformations utérines que nous venons de passer en revue.

A ce sujet, les observations des thèses de Bourrus (1) et de Picot (2), montrent que dans les utérus didelphes (extrêmement rares), unicorne et cordiforme, le placenta est expulsé normalement dans l'heure qui suit l'accouchement et que la rétention ne s'est produite que dans les utérus cloisonnés et bicornes. Bourrus affirme même que le véritable enkystement du placenta n'existe que dans les utérus bicornes : « Il n'y a réellement d'enchatonnement (enkystement) du placenta que dans les utérus bicornes. C'est la structure même de ces utérus qui, entraînant leur forme anormale, cause aussi au moment de la délivrance, les faits que nous venons d'indiquer. Parésie du fond de l'utérus, contractions énergiques et irrégulières de plans musculaires du corps de l'utérus à une partie quelconque, telles sont les causes qui entraînent cet enchatonnement.

DÉVIATION
DE L'AXE

Duchâteau est le premier qui ait signalé (Th. Paris, 1813), la déviation de l'axe de l'utérus comme amenant un retard à l'issue du placenta.

« Dans ce cas, dit-il, tout semble disposé comme dans la délivrance naturelle ; l'utérus se contracte et prend une forme globuleuse, mais en faisant les trac-

(1) Bourrus, thèse Bordeaux, 1891.

(2) Picot, th. Paris, 1891.

tions sur le cordon, celui-ci résiste et se déchire même si l'on s'obstine à vouloir faire suivre le placenta. En plaçant la main sur l'hypogastre, on s'aperçoit que la matrice est oblique en avant, à droite ou à gauche. » Gueniot, en 1867 (*Bulletin de thérapeutique*, tome LXXIII), fait la même remarque que nous avons d'ailleurs retrouvée dans plusieurs ouvrages sur la rétention du placenta. Il se forme en effet une sorte de coude au niveau du segment inférieur, coude qui gêne la sortie de l'arrière-faix.

VOLUME DU
PLACENTA

A la suite d'une série d'expériences faites pour montrer les avantages qu'il y a à ne pas lier le bout placentaire du cordon, expériences relatées dans un ouvrage intitulé : *Obstétrique et gynécologie*, M. le docteur Budin arrive à cette conclusion :

Au point de vue clinique, nous n'avons jamais dans les cas où nos placentas étaient exsangues, vu la délivrance présenter la moindre complication, ni même la plus petite difficulté, au contraire, il nous a semblé qu'elle se faisait plus aisément. Au point de vue expérimental, le placenta qui est moins volumineux (ce qui équivaut pour lui à être moins gorgée de sang), passe plus facilement à travers un orifice donné qui présente une certaine résistance, il doit par conséquent, passer aussi avec plus de facilité à travers l'orifice du col utérin.

Or, que le volume tienne au sang que renferme le placenta ou à la masse placentaire elle-même, la situation est identique.

Si donc on tient compte des recherches cliniques et expérimentales de M. Budin, on comprend facilement qu'un placenta de poids moyen (5 à 600 grammes),

franchisse plus facilement qu'un placenta de 1,000 grammes. (Velpéau) de 1,500 grammes, (Carus) 3,000 grammes, (Stein) l'anneau de Bandl à travers lequel il est poussé par une force qui est la contraction utérine, et le canal cervico-utérin d'où il est chassé également par une force qui serait encore la contraction utérine pour la plupart des auteurs, mais que Schröder et Stratz considèrent comme la résultante de la pesanteur (à condition qu'elle n'agisse pas horizontalement mais verticalement) et la pression abdominale volontaire ou involontaire.

Cependant malgré la lenteur avec laquelle on admet que peut se faire la délivrance quand le placenta est volumineux, la rétention dans ces cas n'est pas fréquente. Ainsi, d'après la statistique de Murray (1), portant sur des grossesses gemellaires où l'on rencontre le plus fréquemment de gros placentas, on trouve que sur 30 grossesses gemellaires qui se sont présentées à Lariboisière et à Beaudelocque, de 1883-1890, une seule délivrance s'est fait attendre 1 heure et demie. Donc la rétention est rare, quand la contraction utérine est normale.

A ce qui précède, il faut ajouter un mot. Ce n'est pas toujours le volume du placenta lui-même qui retarde son expulsion, mais l'ensemble volumineux qu'il forme quelquefois avec les membranes, quand à la suite d'une inversion l'un et l'autre constituent une poche où se sont amassés des caillots. Dans ce cas, pour peu que l'utérus ne se contracte pas énergique-

(1) Murray, thèse Paris, 1890.

ment (et cela arrive assez souvent), les choses peuvent rester un certain temps sans progresser.

ADHÉRENCES
ANORMALES

Beaudelocque dans une lettre à un confrère écrivait : « Le mot adhérence extraordinaire est commun dans la bouche des accoucheurs, quoique rien ne soit plus rare : on marque son ignorance par ces deux grands mots ; on explique par là tout ce qu'on ne peut comprendre faute de connaissance. Nombre de fois, j'ai été appelé pour des placentas très adhérents qui n'étaient même pas retenus par la plus faible contraction du col de la matrice. »

Il ajoute que la véritable adhérence est tellement rare, que c'est à peine si un accoucheur en rencontre un cas dans sa pratique.

Si par véritable adhérence, Beaucelocque entend la fusion intime du tissu placentaire et utérin, il a raison de dire qu'elle est rare, bien qu'elle existe ; mais à côté de ces degrés extrêmes, il s'en trouve de moyens qu'il faut bien reconnaître être un peu plus fréquents. Ainsi dans les délivrances artificielles faites depuis notre entrée au service de M. le professeur A. Herrgott (déjà bientôt deux années), le plus grand nombre a été nécessité par l'inertie, mais nous nous rappelons quelques-unes où ce sont des adhérences moyennes qui ont exigé le décollement artificiel du placenta.

Donc l'existence des adhérences anormales, sans être chose commune est néanmoins réelle, reste à en chercher la cause.

Abandonnant l'opinion des anciens, Smellie, Mauriceau, qui voyaient dans cette complication une *dégénérescence squirrheuse* du placenta, nous ne trouvons pas très satisfaisante celle du professeur Stolz qui

les explique par la *transformation fibrineuse des caillots*. S'il en était ainsi, dans l'albuminerie où l'on rencontre si fréquemment des vestiges d'anciens épanchements, les adhérences devraient à chaque instant compliquer la délivrance. Comme les cas d'infarctus blancs se sont présentés à maintes reprises à la Maternité, les adhérences auraient dû exister presque chaque fois. Nous avons recherché les rares délivrances artificielles faites alors que le placenta offrait ces particularités et nous avons noté que presque toujours elles avaient été nécessitées par une hémorrhagie due à l'inertie, en tous cas qu'aucune difficulté dans le décollement n'avait été mentionnée.

M. Robin dit « que le caractère de la coïncidence des caillots avec les adhérences, ne doit pas faire exagérer leur rôle dans la production de celles-ci. »

Pour M. Guéniot « au lieu d'être une cause d'adhérences, les caillots seraient plutôt une cause de désunion. »

Enfin M. Lacordelle, dans sa thèse (Montpellier, 1884), fait remarquer que les épanchements sont plus fréquents que les adhérences et il rejette le caillot comme origine de connexions intimes entre le placenta et l'utérus.

La dégénérescence calcaire du placenta a été, elle aussi, incriminée. Dubois cite un cas où le placenta recouvert d'une substance osseuse et crétacée, avait présenté des difficultés de décollement.

Monro et Merrimann ont trouvé plusieurs cas d'altération calcaire où le placenta adhérait peut être un peu plus, disent-ils, qu'à l'ordinaire.

Pour Depaul, Guéniot, Tarnier et Burdin, cette

dégénérescence calcaire n'est pas une cause d'adhérences anormales. Ce que nous avons vu à la clinique semble leur donner raison. Depuis deux ans, quatre cas de placentas ainsi altérés, ont été observés et dans tous ces cas, la délivrance s'est accomplie naturellement, sans le moindre retard.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que l'*inflammation* est considérée comme cause d'adhérences. La théorie de Brachet qui est la plus ancienne portant sur ce sujet, est une théorie inflammatoire.

Dauce, Simpson, d'Outrepont et d'autres encore, l'ont adoptée. Elle est cependant loin de ne compter que des adeptes. M. Gueniot qui pense que la métrite seule peut rendre compte de la fusion intime du tissu placentaire et utérin quand elle existe et qui, par conséquent, se montre partisan de la théorie inflammatoire, croit cette théorie sinon ruinée, du moins fortement ébranlée par cet exemple, qu'il cite d'après Dubois :

« La patiente avait été traitée pendant la grossesse par Dubois et Rayer. qui l'un et l'autre avaient diagnostiqué une métrite locale. On pouvait penser que cette inflammation utérine était la cause de l'adhérence placentaire. Le rapport entre la maladie de la grossesse et la complication de la délivrance semblait être incontestable. Cependant, avec la main introduite dans l'utérus pour extraire le délivre, P. Dubois put constater que l'adhérence siégeait précisément du côté opposé à celui qui avait été le siège de l'inflammation.

Si le diagnostic de métrite locale pouvait être posé, l'observation précédente porterait un coup à la théorie

inflammatoire, mais nous doutons qu'il soit possible de reconnaître que tel point précis de la muqueuse utérine est seul atteint par l'inflammation. D'autre part, en admettant encore la possibilité du diagnostic de métrite locale, rien ne prouve que sous l'influence de la grossesse le processus inflammatoire s'arrête et ne gagne les parties voisines. Cet exemple n'a donc pas toute la portée qui lui a été donnée et malgré lui la métrite n'en doit pas moins être considérée comme une cause d'adhérence anormale. Sous son influence il se produit des modifications de la muqueuse en particulier de la couche où se produit la séparation au moment de la délivrance, couche qui se trouve envahie par du tissu conjonctif, qui devient fibreux et qui augmente la solidité de ses éléments, d'où difficulté de la désunion.

Braun et Hégar ont remarqué une certaine relation entre l'hydrorrhée et les adhérences, mais cette relation n'est pas une relation de cause à effet. Il y a là plutôt deux effets reconnaissant une même cause : la métrite.

Est-ce à dire que la métrite peut-être seule invoquée ? Non, car en face de la théorie inflammatoire s'en dresse une autre de grande valeur qui regarde les adhérences comme une conséquence de la dégénérescence fibreuse ou fibro-graisseuse des villosités. D'après cette théorie, dont l'auteur est M. Robin, dans certaines maladies comme le syphilis, les villosités deviennent imperméables au sang fœtal par suite de l'oblitération de leur cavité par du tissu fibreux, oblitération qui peut se produire avec ou sans dépôt de grannulations graisseuses dans leurs

parois. Mais ce qui explique comment l'altération fibreuse peut amener l'adhérence et pourquoi elle ne l'amène pas toujours c'est que ces villosités dégénérées restent tantôt stationnaires ou diminuent et que dans quelques cas au contraire elles s'accroissent, prennent un développement anormal, s'enfoncent profondément dans la muqueuse utérine qu'elles irritent, qui peut réagir, s'enflammer, cette inflammation augmentant encore la cohésion.

Ces deux dernières théories ont chacune leur part de vérité et ne semblent pas, ainsi que nous venons de le voir, s'exclure l'une, l'autre, comme le veut M. Robin. D'ailleurs M. Charpentier les admet toutes deux et avec raison.

M. Guéniot tout en reconnaissant qu'elles sont vraies n'est cependant pas satisfait et déclare qu'elles sont incapables d'expliquer tous les cas, aussi émet-il l'hypothèse ingénieuse que voici : « Les adhérences anormales sont une anomalie due à l'absence d'un travail naturel de désunion, bien plutôt qu'à un travail pathologique de soudure. Vers le cinquième mois de la grossesse débute, en effet, pour M. Guéniot un travail qui se poursuit lentement et progressivement jusqu'à l'époque du terme ; il consiste dans la prolifération des cellules épithéliales de la muqueuse utérine, de telle sorte que celles-ci constituent, entre la matrice et le placenta une couche isolante d'un tiers de millimètre à un millimètre et demi d'épaisseur. Ce travail vient-il à manquer, les adhérences s'en suivent. »

Ces adhérences peuvent être partielles ou généralisées, généralisées elles sont très rares, partielles

elles sont plus fréquentes et peuvent dans ce cas occuper un ou plusieurs cotylédons du centre ou du bord, quelquefois toute la circonférence est adhérente, le centre est décollé comme dans le cas d'Albinus cité par Leroux (*Traité des pertes de sang*).

Le degré d'adhérence lui aussi est variable si l'on fait abstraction des cas où elles sont rompues par les moyens ordinaires : contractions utérines associées à l'expression et aux tractions sur le cordon, on peut citer ceux où la main introduite dans l'utérus s'en rend maîtresse, quelquefois leur intimité est portée au point qu'il existe une véritable fusion entre le placenta et le tissu utérin. Dans ce cas il arrive que le tissu placentaire ou utérin se laisse déchirer plutôt que de laisser rompre leur union. On a mentionné des cas où après la mort on a éprouvé une très grande difficulté à détruire des adhérences. Ainsi *Morgagni* sur une femme morte 13 jours après l'accouchement, à côté d'une partie détachée du placenta qui pendait dans le col en trouva une autre tellement adhérente qu'il put difficilement la détacher à coups de scalpel.

Les observations II et IV de Guéniot dans la *Gazette des Hôpitaux*, 1874 (article adhérences anormales), sont aussi de beaux exemples de cette union intime du placenta et de la matrice.

Fréquence. — Barres, Churchill, Johnson regardent l'adhérence du placenta comme un fait très rare. Swayne (*Remarks on adhesion of the placenta* (Britan. méd. Journal 1878, a trouvé 37 adhérences sur 576 accouchements et avortements. Ce même auteur dans l'espace de vingt ans n'en avait relaté que six cas. Il a remarqué que les multipares y étaient plus

sujettes que les primipares et que la récurrence était possible.

PLACENTAS MULTIPLES Le docteur Ribemont-Dessaignés, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, a fait paraître à ce sujet un travail très intéressant dans les *Annales de Gynécologie*, 1887, travail auquel nous empruntons les détails suivants qui ont trait à notre thèse :

La multiplicité des placentas n'est pas très rare. On l'a rencontré une fois sur 352 délivrances.

Cette anomalie a une importance clinique consistant dans ce fait qu'un des lobes peut être retenu dans l'utérus, l'autre étant expulsé.

La rétention d'un lobe accessoire s'est produite une fois par enchatonnement dans le service de M. Pinard mais ce n'est pas le mécanisme habituel, ordinairement elle est due à l'adhérence du placenta accessoire à laquelle il faut ajouter la fragilité des membranes et une façon hâtive d'opérer la délivrance ou encore à une adhérence plus grande du cotylédon accessoire à l'utérus qu'au chorion. Ce qui différencie les deux cas c'est que dans le premier une partie des membranes reste dans la matrice avec le cotylédon, dans le second elles ne présentent aucune perte de substance.

Toujours quand il s'agit d'un placenta accessoire il existe des vaisseaux plus ou moins volumineux, plus ou moins nombreux qui parcourent le pont membraneux étendu entre le placenta accessoire et le placenta principal.

FIBROMES La délivrance dans les accouchements de femme présentant un utérus fibromateux, s'effectue le plus

souvent d'une façon très normale quel que soit, d'ailleurs, le siège de la tumeur. Sébilleau (1), sur 40 cas de fibromes compliquant l'accouchement, a relevé seulement 4 délivrances artificielles pour rétention du placenta.

Lefour (2), dans sa thèse d'agrégation, 1880, compte 18 interventions sur 76 observations indiquant le mode de terminaison de la délivrance. Encore, de ce nombre si on retranche 6 avortements, dont un seul a nécessité l'extraction du placenta, il reste 70 observations d'accouchements à terme et 17 délivrances artificielles.

Cette seconde statistique fait monter la proportion de 10 0/0 à 24,3 0/0.

La rétention se produit de différentes manières par adhérences anormales ou par inertie de l'utérus, surtout de la région placentaire, si elle est fibromateuse.

Les deux complications peuvent, d'ailleurs, coexister, et il est certain qu'elles se sont trouvées plus d'une fois réunies.

Là ne se bornerait pas le mécanisme de la rétention d'après quelques auteurs. Ainsi Lechevallier (Thèse Paris, 1877) pense que des fibromes développés dans l'excavation peuvent, après avoir été refoulés au-dessus du détroit supérieur pour permettre l'engagement fœtal, reprendre leur situation primitive dans

(1) Sébilleau. Th. Paris, 1873. *Des corps fibreux de l'utérus dans leurs rapports avec la fécondation, la grossesse.*

(2) Lefour. Th. d'agrég., 1880. *Des fibromes utérus au point de vue de la grossesse et de l'accouchement.*

le petit bassin, comprimer le segment inférieur et emprisonner le placenta.

Ce mécanisme ne nous paraît pas impossible, mais c'est en vain que nous avons cherché des observations confirmant cette manière de voir. Quant au cas reproduit par l'auteur et tiré de la thèse d'agrégation de M. le professeur Tarnier, il ne nous paraît pas aussi concluant que semble le dire M. Lechevallier.

En effet, voici ce que nous avons trouvé : dans l'observation communiquée à M. Tarnier (1), par M. Blot, le placenta au lieu de descendre dans le vagin reste élevé dans la partie supérieure de l'utérus, comme dans une *arrière cavité*.

M. Dubois introduit la main profondément et doit faire un certain effort pour faire franchir au délivre l'orifice de cette cavité.

Une nouvelle anesthésie n'avait pas eu d'influence sur la rétraction utérine ; revenue à elle-même la femme ne veut pas croire qu'elle est délivrée. Ce qui précède de l'observation montre nettement que pendant tout le travail, il y a eu une sorte de tétanisation de l'utérus, laquelle a forcé M. Dubois à anesthésier la parturiente et nous nous demandons si cette contracture n'a pas persisté à la délivrance et si ce n'est pas elle qui a nécessité l'intervention ; la dernière phrase permet de faire cette supposition

KYSTE
DE L'OVAIRE La délivrance dans l'accouchement compliqué de kyste de l'ovaire se fait aussi le plus souvent d'une façon normale. Si le placenta présente des adhérences, il ne faut pas incriminer le kyste. Mais s'il se

(1) Tarnier. Th. d'agrég.

produit de l'inertie, on est en droit de la rattacher à l'excès de travail qu'a du fournir l'utérus pour se débarrasser du fœtus. Cependant, ce n'est pas seulement par inertie que peut avoir lieu la rétention, mais encore par compression du segment inférieur.

Dans ce cas, voici comment se passent les choses : Le décollement du placenta se fait bien, mais son expulsion est gênée parce que la tumeur pelvienne que la main a refoulée au-dessus du détroit supérieur pour laisser l'excavation libre au fœtus, ne reste pas au-dessus de ce détroit, elle reprend, au contraire, sa place dans le bassin, comprime le segment inférieur, dévie l'utérus et s'oppose ainsi à la sortie du délivre.

Voici, d'ailleurs, une observation concluante que nous empruntons à la thèse d'agrégation de M. le professeur agrégé Remy (1).

OBSERVATION

Tirée des *Arch. f. gynecol.*, 1882

F. B..., 41 ans, réglée depuis l'âge de 13 ans, normalement. Trois accouchements antérieurs, le dernier il y a cinq ans. Dans les dernières semaines de la quatrième grossesse actuelle, douleurs lombaires peu accentuées.

Il y a onze ans qu'elle eut une maladie du bas-ventre qui dura longtemps. Elle dit que depuis ce moment, elle sentit toujours un point dur dans le bas-ventre qui lui causait de nombreuses douleurs. Le 9 mars vers le soir, début du travail. Le 10 mars 1882, à 8 heures du matin, état suivant : Utérus dirigé de la partie inférieure droite vers la gauche. et de bas en haut ; tête mobile au-dessus de la moitié droite du bassin ; battements redoublés à droite de l'ombilic. Le petit bassin est tellement rempli par une tumeur

(1) Remy. Th. d'agrég., 1886.

grosse comme le poing, élastique, occupant surtout le côté gauche que la distance de la tumeur à la commissure postérieure de la vulve est à peine de 2 centimètres. A droite, un peu plus haut, se trouvait le col utérin ramolli, membranes intactes. Tête en première position du sommet. Comme par l'exploration vaginale et rectale, la tumeur semble être un kyste de l'ovaire gauche, qui est mobile ; on vida d'abord le rectum, puis ayant placé la femme dans la position sur les coudes et sur les genoux, on essaya le refoulement de la tumeur en employant deux doigts introduits dans le vagin. Au milieu de douleurs assez fortes, la tumeur glissa à gauche du promontoire, brusquement dans le grand bassin.

La femme garda encore quelques instants la même position, puis se retourna lentement sur le côté gauche.

Il survint ensuite de fortes douleurs et à 10 heures, il se fit un accouchement spontané d'un enfant à terme. Léopold qui était de retour à 11 heures, trouva que le médecin traitant n'avait pu encore extraire le délivré. On trouva encore le même état que précédemment, l'utérus placé à droite dans le bassin. L'utérus se contractait incomplètement, et le placenta ne pouvait s'engager sous l'influence des pressions. Entre le rectum et le vagin, on trouvait de nouveau cette tumeur tendue qu'on refoula de nouveau avec la moitié de la main introduite dans le vagin ; l'utérus put alors descendre et le placenta sortir par expression.

Vessie. — Le rôle de la vessie, comme agent de rétention du placenta, a été pour la première fois mis en relief par le professeur Stolz.

Perret, dans sa thèse de doctorat (Strasbourg, 1866), cite une observation qui lui a été communiquée par un professeur agrégé de la Faculté, M. Aubenas, où la rétention d'urine avait considérablement gêné l'accomplissement de la délivrance. Pour M. Aubenas la vessie agirait surtout par sa réplétion, mais aussi par le spasme du col de l'utérus qui en serait une complication ordinaire. Il ajoute que l'évacuation de

l'urine lui avait considérablement facilité la sortie de placenta jugés adhérents.

En 1890, M. Vigouroux reprend la question (rôle de la vessie pendant l'accouchement et la délivrance. Thèse Paris, 1890) et insiste sur la nécessité de veiller à la vacuité du réservoir urinaire, avant d'entreprendre quoique ce soit en vue d'opérer la délivrance.

Il relate un cas très intéressant où huit heures après l'accouchement le placenta se trouvait encore retenu dans l'utérus malgré des tentatives répétées du médecin. M. le professeur Pinard appelé, s'appropriait à pratiquer la délivrance artificielle, quand il s'aperçut que la vessie était pleine.

Le cathétérisme fut pratiqué et sous son influence de simples tractions du cordon amenèrent le délivre au dehors.

Vigouroux explique la rétention due à la distension vésicale, d'abord par une *action de la vessie sur le décollement du placenta*, la rétraction et contraction se faisant irrégulièrement, d'une manière insuffisante, et il montre le danger de l'inertie si elle porte sur une partie du placenta décollée, car alors une hémorrhagie sérieuse, même mortelle, peut se produire, ensuite et surtout par action *sur l'expulsion du placenta*, la vessie comprimant le col et le segment inférieur, fermant ainsi, au moins en partie, la voie dans laquelle doit s'engager le délivre libre de toute connexion. Ici, encore, l'auteur place une nouvelle source d'hémorrhagie qu'il rattache à ce fait ; que le placenta retenu gêne le retrait de la matrice.

L'influence de la rétention d'urine sur l'expulsion du placenta a, d'ailleurs, été mise en lumière par

MM. Pinard et Varnier dans leur atlas d'anatomie obstétricale.

Il saute aux yeux, si on regarde la coupe représentée par eux (pl. IX et X), que si la vessie est pleine la paroi postérieure devient convexe, comprime le col et le segment inférieur, et fait obstacle à l'issue du placenta.

PRESSION
ATMOSPHE-
RIQUE

C'est un américain, le docteur Cavilan qui, le premier, dans une communication faite le 13 février 1890 à l'Académie de médecine de Mexico, et portant sur 100 observations, a mis en relief l'action de la pression atmosphérique sur la rétention du placenta. Un autre médecin de Mexico, le docteur Rodriguez, a cité trois observations à l'appui de la même opinion, et en septembre 1891, le docteur Cavilan fils a rapporté trois autres cas du même genre, qui joints aux cent trois précédents, lui ont fourni l'occasion de publier dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* un intéressant mémoire où il déclare, d'accord en cela avec son père, que les adhérences placentaires sont fort rares, et que celles qu'on rencontre souvent sont des adhérences simulées par la pression atmosphérique qui agit de la façon suivante dans la rétention du placenta.

« La béance des parties génitales, aussitôt après l'accouchement facilite l'accès de l'air dans la cavité utérine où il doit exercer une pression, dont nous ignorons l'équivalence, cette pression s'exerçant sur la face libre du placenta, c'est-à-dire sur la face fœtale, doit tendre à unir plus intimement cet organe à la paroi utérine, vient-on à équilibrer les pressions dif-

férentes qui s'exercent sur les deux faces du placenta en le perforant, il se détache aussitôt ».

L'auteur conclut que les causes les plus connues de rétention du placenta n'agissent dans la plupart des cas que secondairement, car l'action principale est due à la pression atmosphérique.

Nous avons surtout cité à titre de curiosité cette cause de rétention qui pour être admise aurait besoin de s'appuyer sur des observations plus probantes que celles fournies par M. Cavilan fils, où se trouve mêlée dans l'une l'inertie, dans l'autre la contracture, la troisième manque de détails.

A ce propos, l'observation suivante de M. Laver-gne (1) nous laisse moins sceptique. Elle est très intéressante et à son sujet il est permis de se demander si le phénomène qui s'est passé dans le vagin ne pourrait pas aussi se produire dans l'utérus.

OBSERVATION

*Rétention du Placenta, complètement décollé sans inertie
utérine ni contracture. — Délivrance artificielle*

Le 18 avril 1894, je fus appelé, vers 11 heures du soir, auprès d'une femme qui venait d'être prise des douleurs du travail. C'était une primipare de vingt-quatre ans, de santé robuste, sans antécédents pathologiques, arrivée au terme d'une grossesse tout à fait normale. A minuit, je constatai une présentation du sommet en O. I. G. A., un col complètement effacé et déjà dilaté comme 0 fr. 50, des contractions utérines intenses et régulières revenant toutes les 8 à 10 minutes. Tout se passa comme dans l'accouchement physiologique type, plus rapidement toutefois qu'il n'est de règle chez une primipare, puisque la dilatation était complète à 5 heures du

(1) *Archives de tocologie et de gynécologie*, 1893.

matin (rupture tempestive de la poche des eaux) et l'enfant expulsé une heure plus tard. C'était un garçon très bien constitué ; il ne fut pas pesé, mais son poids me paraissait être au-dessus de la moyenne. La fourchette présentait une petite déchirure d'environ 1 centimètre.

Comme on le voit, cette partie de l'observation est tout à fait banale et ne comporte pas d'autre développement. Elle montre seulement chez notre parturiente l'existence d'un muscle utérin puissant, qui, sans dépasser les limites de la contractilité normale, s'était contracté très énergiquement et sans relâche.

L'enfant expulsé, l'utérus se rétracta et revint immédiatement sur lui-même. Le cordon était à peine lié et sectionné (ligature tardive) que les contractions reprenaient et la femme accusait des coliques très vives. Etant donnée la rapidité avec laquelle s'était faite l'expulsion du fœtus et la réapparition rapide de fortes contractions, on pouvait craindre que le placenta ne fut trop rapidement expulsé et séparé de ses membranes.

C'est le contraire précisément qui arriva. Vingt minutes environ après l'expulsion de l'enfant, le placenta était manifestement décollé et engagé dans le segment inférieur ; en effet, une ligature lâche placée sur le cordon au ras de la vulve, avait été facilement abaissée sans effort d'environ 8 à 10 travers de doigt, et de plus j'avais pu constater le signe de Schröder, l'élévation du fond de l'utérus au-dessus de l'ombilic. Des tractions furent alors exercées sur le cordon de la main droite, tandis que la main gauche frictionnait et même exprimait légèrement le fond de l'utérus. Cette manœuvre ne permit pas de gagner un centimètre ; la ligature du cordon, l'index funiculaire de M. Auvart restait à la même place. Après une nouvelle tentative de tractions, le toucher fut pratiqué : deux doigts introduits le long du cordon arrivèrent facilement sur l'insertion de ce dernier et sur la face amniotique de la masse placentaire ; l'insertion du cordon était bien au centre du vagin, et le placenta très facilement accessible immédiatement sous-jacent à l'orifice externe du col. Le corps de l'utérus très bien retractoré, ne se contractait plus, nouvelle raison pour penser qu'il s'était débarrassé de l'arrière-faix. On sentait bien au palper le globe de sûreté tel qu'on le rencontre chez les primipares, c'est-à-dire extré-

mement dur. Il était donc indiqué de tirer sur le cordon : c'est ce qui fut fait sans succès à plusieurs reprises. Au moment des tractions, on n'éprouvait pas du tout la sensation de résistance vaincue, et dès qu'il n'était plus tendu le cordon remontait au même niveau qu'auparavant.

Une bonne heure s'était ainsi écoulée ; le placenta était toujours à la même place, c'est-à-dire dans la partie supérieure du vagin. La main introduite dans le vagin va saisir le placenta, l'entraîne, non sans éprouver de la résistance et l'attire à la vulve. La masse placentaire était déjà en partie dégagée et l'insertion du cordon visible à l'extérieur, quand les doigts ayant glissé lâchent prise. Immédiatement le placenta *comme aspiré par le vide d'un corps de pompe* remontait dans le vagin au même point qu'avant la tentative d'extraction. On pouvait dès lors penser qu'il y avait adhérence anormale des membranes à la paroi utérine. Les choses restent dans le même état, la délivrance artificielle fut pratiquée une demi-heure après environ, c'est-à-dire à 7 heures et demie du matin. La main droite fut introduite dans le vagin jusqu'au bourrelet formé par l'orifice externe, puis elle chemina entre les membranes et la paroi du segment inférieur jusqu'à la saillie de l'anneau de Bandl. A ce niveau, les doigts recourbés en crochet sur la surface utérine tomenteuse du placenta, entraînèrent facilement ce dernier qui tomba pour ainsi dire de lui-même sur le plan du lit. Il ne s'était pas écoulé une goutte de sang en dehors de la quantité minime fournie par la déchirure de la fourchette. Il n'y avait de caillot ni sur le placenta, ni dans les membranes.

L'arrière-faix soigneusement examiné présentait les particularités suivantes : volume et poids moyen (il ne peut être pesé), insertion centrale du cordon, membranes complètes et non dissociées, amnios, chorion, caduque, celle-ci manquant seulement autour de l'orifice de rupture d'une étendue de 3 à 4 centimètres. L'orifice de rupture est à bords très nets, comme fait à l'emporte-pièce et partout également éloigné du rebord placentaire. L'insertion du placenta existait donc, sur le fond de l'utérus.

Suites de couches physiologiques. — Allaitement par la mère, enfant très prospère.

DIAGNOSTIC

Il convient de le diviser de la façon suivante :

1° La délivrance n'est pas faite du tout, y a-t-il rétention, à quelle cause l'attribuer ?

2° La délivrance est terminée, mais n'y a-t-il pas rétention partielle ?

1^{er} CAS. — Savoir que la délivrance n'est pas faite du tout est chose en général facile au médecin.

S'il a lui-même assisté à l'expulsion du fœtus, aucun doute ne peut exister dans son esprit, s'il est arrivé après cette expulsion, les renseignements qu'on lui donne le mettent de suite au courant de la situation. D'ailleurs la simple présence du cordon qui pend à la vulve est pour lui la meilleure preuve que le délivre n'est pas sorti, et l'absence de ce délivre dans le vagin, reconnue par le toucher, lui permet de conclure à son séjour dans l'utérus.

Le cordon fait-il défaut ?

L'accoucheur est presque toujours averti de sa rupture par la personne qui a infructueusement tenté la délivrance et si la femme privée de secours est accouchée debout et que le cordon se soit rompu assez haut, les détails fournis par elle lui indiquant suffisamment ce qui s'est passé.

Il n'y aurait d'embarrassant que les cas criminels où la mère refusant toute assistance, aurait voulu se délivrer elle-même et aurait brisé le cordon au voisi-

nage de son insertion placentaire en tirant fortement sur lui.

En pareille circonstance, le médecin n'est appelé que pour des accidents hémorrhagiques ou septicémiques.

La présence de ces accidents eux-mêmes, le sang qui s'écoule de la vulve en grande abondance, la fétidité lochiale, joints au volume de l'utérus, le mettront sur la voie, et en pressant la malade de questions adroites, il arrivera peut-être à connaître la vérité, si toutefois la femme est encore en état de lui répondre, mais en l'absence d'avéu, il devra pratiquer le toucher, le seul capable de l'éclairer.

Reste un autre point à connaître pour fixer si oui ou non il y a rétention ; c'est le moment précis auquel remonte l'expulsion du fœtus.

Ce renseignement peut être plus ou moins approximatif. Souvent l'heure de la naissance de l'enfant est notée, alors aucune erreur possible, d'autre fois on oublie de le faire et quand on désire voir la fin d'une période critique comme la délivrance, le temps paraît long, on est porté à l'exagération aussi en face de données incertaines, l'accoucheur ne devra pas trop se presser et attendre même quelquefois un temps variable qui ne dépassera cependant pas une heure pour affirmer la rétention.

En somme le diagnostic de la rétention totale du placenta est en général facile, plus pénible est celui de la cause de cette rétention.

Certains commémoratifs peuvent la faire soupçonner.

Si on apprend par exemple que du seigle ergoté a

été intempestivement administré, on pensera avec raison à une contracture.

Une tumeur a-t-elle gênée l'expulsion fœtale? a-t-on du la refouler, immédiatement on songera à une compression du segment inférieur par cette même tumeur ayant repris sa place dans le petit bassin. Néanmoins même dans ces cas où les commémoratifs sont capables de donner des présomptions, on ne basera jamais sur eux un diagnostic de cause, qui ne sera réellement fourni que par l'inspection et surtout le palper et le toucher.

L'inspection et le palper doivent toujours marcher de pair, l'un éclaire l'autre, le palper délimite, l'œil apprécie ce que le palper a délimité, et cela d'autant plus facilement que la femme a moins d'embonpoint.

C'est grâce à ces deux moyens d'investigation que la réplétion vésicale sera reconnue. On aura en effet la sensation d'une tumeur fluctuante remontant plus ou moins au-dessus des pubis, tumeur rendant un son mat à la percussion. Quand la vessie est pleine, l'utérus présente presque toujours une certaine déviation, il est élevé, dépasse l'ombilic, paraît volumineux, illusion que dissipe le cathétérisme qui devra toujours dans ce cas être pratiqué, la rétention d'urine nuisant à la parfaite rétractation et contractation utérine.

Pour se rendre compte de ces deux caractères, il faut encore s'adresser au palper. Il donne dans les cas normaux la sensation au-dessus de la symphyse d'une tumeur saillante, dont la dureté augmente à chaque contraction, tumeur que M. Pinard appelle globe de sûreté. S'il y a contracture, la matrice ne

passé plus par les phases de dureté d'abord avec légère remission ensuite, mais elle est dure, ligneuse d'une manière continue.

Y a-t-il inertie, l'utérus est mou, et cette flaccidité peut même aller jusqu'à le faire confondre avec les autres organes abdominaux. Il est rare qu'avec un utérus relâché, il n'y ait pas d'hémorrhagie externe ou interne. L'externe est facile à reconnaître par l'écoulement de sang à la vulve, l'interne sera diagnostiquée par l'ampleur de la matrice et les phénomènes généraux qui caractérisent l'hémorrhagie : pâleur, sueurs froides, refroidissement des extrémités, petitesse du pouls, etc.

Le palper aidé de la vue indique encore s'il y a une antéflexion de l'utérus ou une déviation à droite ou à gauche de l'organe. Il renseigne aussi sur la forme qui est bilobée dans l'enkystement.

Ainsi donc, en résumé, lorsque l'utérus est dur, on peut éliminer l'inertie, s'il est situé sur la ligne médiane et ne présente pas d'inclinaison en avant on est en droit d'écarter les déviations, si la vessie est vide on ne pensera pas à la compression par elle du segment inférieur; enfin, s'il a une forme anormale, si une corne paraît très développée, on aura des présomptions en faveur d'un enkystement.

Mais pour préciser son diagnostic dans ce dernier cas, pour le poser dans celui où l'utérus est contracté et où le placenta ne vient pas, pour se rendre compte enfin si plusieurs causes n'agissent pas à la fois, il faut s'adresser au toucher, le seul capable de lever les doutes.

Toucher. — Il sera pratiqué après antisepsie préalable des mains, de la vulve et du vagin. Le doigt, cette précaution scrupuleusement prise, se rendra compte de l'état du col. — Si d'une part l'orifice externe est fermé, s'il présente des bords rigides on pourra conclure à une contracture de cet orifice.

Si, d'autre part, tout ce que l'on sent de l'utérus, tant au toucher, qu'au palper, est dur, on devra admettre une contracture totale. Au lieu d'être à l'orifice externe, l'anneau résistant se trouve-t-il à 4 ou 5 centimètres au-dessus de lui, on dira : contracture de l'orifice interne. Mais, quand le phénomène se passe non plus à cette hauteur, mais à 10, 11, 12 centimètres, alors que toute la portion, située au-dessous, est relâchée et flottante, on est en présence d'une contracture de la partie inférieure du corps proprement dit, plus précisément de l'anneau de Bandl.

Supposons maintenant que, par le palper, on note que la partie de l'utérus accessible à l'hypogastre présente une certaine mollesse, le diagnostic sera le même que précédemment, avec en plus inertie du corps proprement dit. Mais, si cette partie est au contraire dure, ligneuse, on changera ainsi le diagnostic, contracture totale du corps proprement dit.

Comme l'accès de l'utérus, quand il y a contracture des orifices, est fermé, il est impossible de reconnaître s'il n'existe pas une autre complication, telle que des adhérences, un enkystement. Aussi pour avoir de plus amples données, faudra-t-il attendre que le spasme ait cédé.

Admettons donc qu'il ait cédé, ou, mieux encore,

admettons qu'il n'ait pas existé, et que le doigt ait rencontré des orifices sinon largement ouverts, ou moins souples. Comment alors rattacher à sa vraie cause la rétention du placenta ?

Si la souplesse des orifices coïncide avec une diminution notable du canal cervico-utérin due à la présence, dans un cul-de-sac, d'une tumeur, que le doigt reconnaît être un kyste de l'ovaire, ou un fibrome, soit même la vessie pleine, il faudra chercher à faire disparaître (et on réussit presque toujours) cette tumeur par le refoulement au-dessus du détroit supérieur, ou par le cathétérisme et la sortie du délivre qui ne tardera pas à suivre montrera qu'il s'agissait bien d'un obstacle mécanique à l'expulsion du placenta, dont la voie se trouvait en quelque sorte fermée, ou tout au moins insuffisamment ouverte.

En l'absence d'une des tumeurs précitées, perçoit-on le placenta dans le segment inférieur ou le col tous deux béants, il est permis de le croire décollé, au moins en grande partie, et ce que l'on peut supposer capable de le retenir, c'est l'adhérence d'un cotylédon, l'adhérence des membranes, le volume du placenta lui-même, ou l'ensemble volumineux qu'il forme avec les membranes retournées et remplies de caillots, toutes choses difficiles à préciser, et dont on n'aura la solution nette (et pas toujours encore), que par un diagnostic rétrospectif fait après la délivrance artificielle, le délivré sous les yeux.

Dans tous les cas précédents le placenta occupe une situation basse, quand il reste élevé dans l'utérus, qu'il échappe au doigt, il est adhérent ou enkysté.

Pour se rendre compte d'un enkystement, on insinue

la main dans le vagin, puis dans l'utérus en suivant le cordon jusqu'à son insertion ou s'il est rompu en explorant les différents points de la cavité utérine, mais, particulièrement le fond et les cornes de la matrice, vers l'endroit où un relief anormal a été perçu au palper, ou tombera sur un orifice de dimension variable, quelquefois seulement suffisant pour laisser passer le cordon, de consistance également variable, conduisant dans une arrière cavité où se trouve un organe mou, quand on touchera sa face utérine, renissent, quand on arrivera sur sa face fœtale : le placenta.

Lorsque l'orifice n'est pas dilatable, on ne perçoit rien d'autre, mais quand il l'est, deux doigts, trois, quatre, la main enfin se glisseront dans le kyste et décèleront la présence d'adhérences placentaires anormales (il est évident que pendant ce temps l'autre main placée sur la paroi abdominale maintiendra l'utérus), et de loges secondaires du kyste.

C'est encore la main introduite dans l'utérus qui appréciera l'existence de l'enchatonnement vrai en percevant toute la surface fœtale du placenta dont la circonférence sera bordée par un bourrelet musculaire.

Quand aux adhérences anormales qui peuvent être soupçonnées par la situation élevée du placenta malgré des contractions énergiques et l'absence d'enkystement ou d'enchatonnement, on les diagnostiquera totales, si aucune partie du placenta ne flotte dans la cavité utérine, partielles, si certains points sont libres. On pourra les dire moyennes, si on éprouve peu de difficultés à les rompre, fortes, au contraire, si on a beaucoup de peine à le faire.

2^{me} cas. — La délivrance est faite, mais ne reste-t-il rien dans l'utérus ? Ici surgissent les difficultés.

Si le délivré existe, autrement dit si la délivrance ne remonte pas à bien loin, il faut l'examiner avec grand soin. On peut, de la sorte, remarquer un vide à la surface utérine du placenta, vide indiquant l'absence d'un cotylédon. Il est vrai que le placenta est quelquefois tellement déchiqueté, morcellé, qu'il n'y a pas moyen de le reconstituer, puis la reconstitution est-elle possible, trouve-t-on une lacune, M. Tarnier a montré qu'elle n'était pas fatalement due à une absence de cotylédon, mais qu'elle pouvait résulter de l'insertion du placenta sur un fibrome.

Dans tous ces cas, le diagnostic ne sera posé d'une façon certaine, qu'en introduisant la main dans l'utérus, (à condition qu'il soit encore perméable), en cherchant, s'il n'y a pas un relief anormal (et il ne faudra pas le confondre avec celui qui existe toujours au niveau de l'insertion placentaire), en détachant au moins des parcelles de tissu formant relief, et en les examinant après les avoir extraites. Le microscope, seul, sera capable de lever les doutes, s'ils subsistent après examen à l'œil nu. Il importe encore lorsqu'on a sous les yeux le délivré, de ne pas oublier qu'il existe quelquefois des placentas accessoires, dont un ou plusieurs sont susceptibles d'être retenus sans que la masse principale ne présente de bords irréguliers, de lacunes. On s'apercevra qu'il y a retention en procédant de la façon suivante indiquée par M. Ribemont-Dessaignes.

Il faut examiner, sur toute leur étendue, les enveloppes de l'œuf préalablement étalées, et s'assurer

qu'aucun vaisseau ne les parcourt. On recherchera l'existence des vaisseaux, par transparence. Ceux d'un certain calibre apparaîtront suffisamment, mais quand il s'agit de vaisseaux fins, il faut, au préalable, laver les membranes pour les débarrasser du sang qui les souille, et les examiner par transparence. Si on reconnaît que quelques vaisseaux partis du placenta, rampent dans les membranes sans aboutir à du tissu placentaire, on doit admettre qu'un cotylédon est resté adhérent à l'utérus.

Le calibre des vaisseaux renseigne d'ailleurs approximativement sur le volume du placenta accessoire avec lequel il est en rapport. L'existence de plusieurs groupes de vaisseaux sillonnant les membranes dans des directions différentes fera penser à l'existence de plusieurs cotylédons accessoires.

Le délivré a-t-il été jeté, on suspectera la retention partielle, si la femme perd, si elle a de fortes tranchées (surtout quand c'est une primipare), si l'utérus reste volumineux. Les accidents infectieux feront également songer à la retention partielle. On s'imaginerait que le toucher, (encore faut-il qu'il soit possible ou qu'on l'ait rendu possible par la dilatation), va lever tous les doutes. Oui, dans certains cas, non, dans beaucoup, surtout si la rétention remonte déjà à quelque temps, car les polypes placentaires ont la consistance dure, élastique des fibromes. Aussi le diagnostic différentiel ne sera-t-il souvent fait, d'une manière certaine, qu'à la suite de l'examen à l'œil nu ou le plus souvent pratiqué au microscope, d'un fragment de la tumeur que l'on aura partiellement, ou totalement extraite.

DURÉE. — MARCHÉ. — TERMINAISON

La plupart du temps, le placenta séjourne peu dans l'utérus, cela tient à ce que les causes qui engendrent la rétention se suppriment assez rapidement d'elles-mêmes où sont supprimées artificiellement. Mais supposons que les causes persistent, que l'intervention soit omise, impossible ou défectueuse, la rétention pourra durer des jours entiers (5 jours, observ. inédite de M. le professeur A. Herrgott), des semaines (7 semaines, observ. du docteur Laforgue, relaté dans la thèse d'Albert, Paris 1878), des mois (5 mois, discussion faite à la Société obstétricale de France 1892, p. 207, par M. le professeur A. Herrgott), des années ? (3 années, cas de Pasta ; 17 années, cas de Schenk, tous deux cités dans la thèse de Rambaud, Paris) 1883. Ces longues rétentions qui se terminent en général par l'expulsion sans septicémie du placenta total ou partiel (et il prend ici le nom de polype placentaire) ont été expliquées par l'existence d'adhérences, maintenant l'organe uni à l'utérus, lui fournissant une nutrition imparfaite, mais suffisante cependant pour échapper à l'action des germes de toutes sortes.

La marche de la rétention est à peu près la même, qu'il s'agisse d'un placenta entier ou d'un polype placentaire. En effet, dans les deux cas, la femme perd plus ou moins abondamment. L'hémorragie se montre au bout d'un temps très variable, elle débute quelquefois dans les heures qui suivent l'accouchement ou la

délivrance incomplète ; d'autrefois, la femme reste plusieurs semaines sans voir de sang.

Reverdin (1) cite une observation où les pertes ne sont apparues qu'au bout de 4 mois, dans l'intervalle desquels les règles mêmes restèrent supprimées, mais où il existait un écoulement blanc considérable. Il existe une observation du même genre dans la thèse de Lacordelle, tirée de la revue médicale 1829.

L'hémorrhagie peut se produire d'une façon continue ou être intermittente, quelquefois elle ne se manifeste que par des règles prolongées. Les pertes ne sont pas fétides.

A côté de l'hémorrhagie et coïncidant habituellement avec elle, on note des douleurs expultrices dont l'apparition peut être tardive. Les deux phénomènes cessent après la sortie du placenta. Celui-ci se présente ordinairement à l'état frais, rosé. Plusieurs fois, on a remarqué que la masse principale offrait un certain degré de fraîcheur, alors que quelques points, de la périphérie le plus souvent, étaient déchiquetés et légèrement ramollis. La coloration du placenta devient pâle à la longue, il prend volontiers un aspect blanc sale. L'odeur qu'il dégage n'est pas fétide. Dans les longues rétentions, on l'a trouvé plusieurs fois desséché, racorni. On a même cité des cas où on ne l'a plus retrouvé du tout, ce qui a donné lieu à la théorie de l'absorption qui n'est plus admise de nos jours, la prétendue absorption consistant en une exfoliation insensible du placenta.

L'état général des femmes dans l'utérus desquelles

(1) Anna Klasson, — *Annales de gynécologie*, 1889.

est resté pendant un certain temps un fragment placentaire ou un placenta tout entier n'est toujours pas touché. Une fois qu'elles sont débarrassées spontanément ou artificiellement de ce corps étranger, elles n'éprouvent pas le moindre malaise. Mais il n'en est pas ordinairement ainsi et l'hémorrhagie, par sa quantité ou sa persistance les plonge souvent dans une anémie profonde dont elles sortent lentement, heureuses encore d'avoir échappé à la mort plus d'une fois observée en pareil cas. D'ailleurs, l'hémorrhagie n'est pas le seul accident capable de mettre en danger la vie de la femme portant un placenta, il en est un autre aussi grave, l'infection puerpérale.

Sa production exige le décollement au moins partiel du placenta. Les parties décollées sont envahies par les germes de la putréfaction qui préparent le terrain aux streptocoques, staphylocoques, etc.

En ce qui concerne l'issue de la rétention placentaire, il est permis de dire qu'elle peut se terminer :

1° Par la mort attribuable à l'hémorrhagie et surtout à l'infection puerpérale (cette dernière s'installant plus volontiers à la suite de fortes pertes). M. Stolz a montré que le tétanos peut enlever la femme au cours d'une rétention placentaire. Enfin, elle peut encore succomber à une péritonite consécutive à une perforation de l'utérus par un polype placentaire devenu malin (1) ;

2° Par la guérison complète, l'expulsion du placenta s'étant faite spontanément d'un bloc ou par exfoliation insensible et ayant amené une cessation de

(1) Joëlé. — Th. Lyon 1894, obs. de Zahn.

l'hémorrhagie et des douleurs, seuls symptômes importants ;

3° Pour la guérison complète à la suite du traitement ;

4° Par la guérison incomplète, la sortie du placenta étant l'œuvre de la nature ou du traitement (et ici le traitement étant encore pratiqué pour arrêter l'hémorrhagie ou la septicémie). Cette guérison incomplète peut consister dans une anémie profonde et persistante ou dans un défaut d'involution de l'utérus qui a ou non contracté des adhérences. Cet utérus devient le siège de métrite, de déviations. Les annexes, elles-mêmes, sont souvent atteintes d'inflammation chronique dont le point de départ n'est autre que la rétention placentaire.

PRONOSTIC

Quand Paul Dubois disait : que rien ne l'inquiétait dans un accouchement que la délivrance, il montrait par cette phrase toute l'importance de la rétention du placenta. En effet, tant qu'il reste dans l'utérus, il y a danger imminent. A toute heure, l'hémorrhagie peut se produire, d'un moment à l'autre l'infection peut éclater, donc aucune sécurité réelle pour la femme, aucune tranquillité pour l'accoucheur. Si, dans l'avortement, la rétention se prolonge encore fréquemment, sans accidents, il n'en est plus de même malgré quelques cas exceptionnels dans l'accouchement à terme où le placenta plus gros présente plus souvent des parties décollées, offre aux germes une surface de culture plus considérable. Comme d'autre part, l'accès de la cavité utérine leur est plus facile par ce fait que le col est plus largement ouvert rien d'étonnant que la putréfaction et la septicémie se déclare plus fréquemment et plus rapidement.

D'un autre côté, les lymphatiques étant plus développés, le port des microbes et de leurs toxines est favorisé à travers l'économie. Quant à l'hémorrhagie, elle est évidemment plus sérieuse par suite du calibre plus considérable des vaisseaux sanguins et du nombre plus grand de ces vaisseaux qui sont susceptibles d'être ouverts.

Il est vrai que tant que les adhérences sont totales, aucune hémorrhagie, aucune chance d'infection

n'existe « le placenta vivant d'une vie rudimentaire qui l'empêche d'être envahi par les microbes (Tarnier), mais on n'est jamais sûr que d'un instant à l'autre elles ne se détruiront pas et dès lors le pronostic s'assombrit. Il est d'autant plus sombre que la femme n'a pas été soumise à une antiseptie préalable, que des mains malpropres peut-être même infectées l'ont touchée. L'état général dans lequel elle se trouve, doit aussi entrer en ligne de compte et le danger sera plus grand si elle est albuminurique ou diabétique les deux émonctoires des toxines (rein et foie) ne fonctionnant plus.

Aussi, d'une façon générale, la rétention du placenta doit-être considérée comme une chose sérieuse, à pronostic souvent grave, mais pouvant être beaucoup atténué par le traitement antiseptique. C'est pourquoi la difficulté de pratiquer ce traitement, sera un élément d'assombrissement du pronostic.

TRAITEMENT

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

Voici les points principaux de ce traitement :

Il faut toujours s'assurer de la vacuité du réservoir vésical au moment de la délivrance. S'il renferme de l'urine, le cathéterisme aseptique s'impose. Les déviations de la matrice doivent être corrigées. On rejettera absolument l'usage du seigle ergoté avant la sortie du délivré. On se gardera de faire des touchers trop fréquents et inutiles, des tractions intempestives sur le cordon, de l'expression brutale et prématurée ; enfin, sur le conseil du professeur Pinard (1), « on ne confiera jamais à la nature la délivrance dans une malformation utérine », surtout quand il s'agit d'un utérus cloisonné ou bicorné.

Que l'on soit partisan de la méthode d'expression ou de traction, on n'emploiera l'une ou l'autre que lorsqu'on aura constaté par le toucher aseptique pratiqué pour la première fois 20 à 30 minutes après la sortie du fœtus, la présence du placenta en totalité ou en grande partie dans le vagin.

En tous cas, il ne faudra jamais se départir de cette règle : que le décollement du placenta doit toujours être confié à la nature dans une délivrance normale. Si l'on fait de l'expression, Ribemont-Dessaignes (2),

(1) Th. de Bourrus, obs. VIII, p. 83.

(2) Ribemont-Dessaignes. — Précis d'obstétrique, cp. 517.

contrairement à Crédé la recommande dans l'intervalle des contractions. C'est, d'ailleurs, toujours à ce moment que devront avoir lieu les tractions sur le cordon qu'il faut absolument suspendre momentanément à la moindre résistance.

Le délivré, une fois sorti, doit-être soigneusement examiné. L'examen doit porter aussi bien sur les membranes que sur le placenta, car nous avons vu que les vaisseaux qui les parcourent, fournissent des renseignements précieux sur l'existence de placentas accessoires.

TRAITEMENT CURATIF

Le traitement prophylactique à surtout pour but d'éviter la production des causes capables de donner lieu à la rétention du placenta. Le traitement curatif visera à supprimer ces causes, leur existence établie. Mais comme elles peuvent se montrer immédiatement après l'expulsion fœtale, et qu'elles ne donnent lieu la plupart du temps à la rétention que par leur persistance, nous croyons qu'il n'est pas inutile d'exposer le traitement dirigé contre elles depuis leur origine jusqu'au moment où l'on peut dire qu'il y a rétention.

Nous allons donc indiquer successivement la conduite à tenir en présence de l'inertie, des adhérences, de la contracture, des kystes ovariens et des fibromes.

INERTIE

Il n'y a pas de décollement. Dans ce cas il faut bien se garder de tirer sur le cordon, car cette manœuvre aurait pour résultat de produire un décollement placentaire et d'amener une hémorrhagie, sinon mortelle,

du moins préjudiciable à l'accouchée, plus rarement une inversion utérine, autre accident très sérieux.

Réveiller la contraction utérine, voilà tout le but auquel devra tendre l'accoucheur. Pour cela il rejettera l'ergot de seigle, la glace sur le ventre, les injections froides (Pinard), il emploiera, au contraire, les frictions douces de l'utérus, frictions intéressant la paroi antérieure de l'organe, le fond et la paroi postérieure : en un mot aussi étendues que possible.

Mais ce qui réussit par dessus tout, ce sont les injections chaudes (48°) d'eau bouillie ou d'eau additionnée d'un antiseptique. Elles peuvent être faites seulement intra-cervicales, mais il vaut mieux qu'elles pénètrent dans l'utérus, l'organe se contractant d'une manière d'autant plus uniforme et générale que le liquide chaud est en contact avec une plus grande partie des parois utérines (Albertin, Thèse de Lyon, 1887).

Si la première injection échoue et si au bout d'une demi-heure aucun résultat n'est obtenu on sera autorisé à en pratiquer une seconde, même une troisième.

Faudra-t-il attendre six ou sept heures comme le recommande M. Albertin, avant de pratiquer la délivrance artificielle. Nous croyons ce temps exagéré, même en l'absence d'accident. L'accoucheur qui a une clientèle se résoudra, en effet, difficilement à rester aussi longtemps auprès de son accouchée et, cependant, il faut qu'il sache que sa présence peut être très nécessaire d'un moment à l'autre, qu'à peine parti un décollement peut amener une hémorrhagie mortelle. Les partisans de l'injection chaude diront bien que l'accoucheur se fait une concession à lui-

même en pratiquant la délivrance artificielle, alors qu'il ne devrait avoir en vue que l'intérêt de l'accouchée. Cela est-il vrai, autrement dit la délivrance artificielle est-elle donc si dangereuse, l'injection chaude est-elle si inoffensive et atteint-elle donc infailliblement le but recherché. Nous ne le pensons pas. Il nous semble, en effet, qu'une bonne délivrance artificielle, c'est-à-dire celle faite avec le concours de l'antisepsie et de la prudence, non-seulement n'offre aucun danger, mais présente, au contraire, des avantages. Elle supprime les chances d'hémorragies par décollements successifs du placenta, permet d'employer certains agents qui favorisent la contraction utérine (et ne doivent être employés que l'utérus vide, seigle ergoté), enlève la crainte très légitime de voir le col se refermer. Puis est-on toujours sûr, et c'est là une objection sérieuse, qu'à côté de l'inertie n'existent pas des adhérences anormales que la main sera forcée d'aller détruire plus tard dans des conditions peut-être moins avantageuses. Car, quelle que soit la vertu contractile de l'eau chaude, nous doutons que la contraction provoquée par elle vienne à bout d'adhérences un peu fortes. D'autre part, les injections intra-utérines peuvent comme la main porter des germes dans la matrice.

Aussi concluons-nous ainsi : lorsqu'au bout d'une heure tous les moyens employés pour réveiller la contraction utérine ont échoué et que le placenta reste encore dans l'utérus : il est permis de pratiquer la délivrance artificielle.

Il y a décollement et hémorrhagie. Ici encore on cherchera à réveiller la contraction utérine par les

moyens précités. Les injections chaudes surtout rendent de grands services, pour s'en convaincre il suffit de lire la thèse d'Albertin. Toutefois, il convient de ne pas trop temporiser et si après une première injection l'hémorrhagie persiste, la délivrance artificielle s'impose. De toute façon, même si l'hémorrhagie est arrêtée, nous pensons qu'il sera bon de ne pas attendre au-delà d'une heure pour la pratiquer.

Toute manœuvre intra-utérine faite pour inertie sera suivie d'une injection intra-chaude à 48° à l'iode ou au permanganate de potasse, injection qu'on suspendra quand on sentira l'utérus se bien contracter.

Comme nous venons de parler de délivrance artificielle, et que nous aurons occasion d'y recourir plus d'une fois encore puisqu'elle constitue en quelque sorte le principal traitement de la rétention, il convient d'indiquer la façon de la pratiquer :

Tout d'abord la vulve sera lavée et savonnée avec une solution de sublimé, le vagin sera largement irrigué. L'accoucheur devra lui-même avoir les mains et les avant-bras d'une propreté irréprochable. L'accouchée restera allongée sur son lit ou mieux sera mise dans la position obstétricale.

La main droite du médecin (si la gauche paraît préférable dans la suite on s'adressera à elle), ayant sa face dorsale lubrifiée avec de la vaseline au sublimé et ses doigts disposés en cône, pénétrera dans le vagin. Alors on tendra avec l'autre main le cordon qui servira de conducteur à la première et lui fera trouver plus facilement l'entrée de la cavité utérine, qui n'est pas toujours accessible d'emblée en raison de la mollesse du col et du segment inférieur.

La main une fois bien engagée dans le col, celle qui tient le cordon l'abandonne pour se porter sur la paroi abdominale et immobiliser l'utérus pendant que l'autre s'insinue dans la cavité proprement dite. Elle empêche de cette façon le tiraillement et la rupture des attaches vaginales de l'utérus pendant le décollement, elle apprécie la minceur plus ou moins grande des parois utérines et en prévient la rupture.

Pour aborder le placenta il faut, quand la chose est possible et elle l'est presque toujours s'il y a eu une hémorragie externe, chercher à insinuer sa main entre les membranes et l'utérus. Ce chemin à l'avantage de mener directement sur le bord décollé du placenta, sans interposition de membranes qui ne sont pas toujours faciles à rompre. Si cette voie est impraticable il faut pénétrer d'emblée dans la cavité de l'œuf en suivant le cordon jusqu'à son insertion, rechercher le pourtour du placenta et déchirer les membranes à ce niveau, ce qui permet d'arriver sur la surface utérine des cotylédons. Quand les membranes résistent on perfore le placenta près de son centre. Reste à opérer le décollement. Si les adhérences ne sont pas trop fortes, si le placenta est en rapport avec une des faces de l'utérus, l'antérieure ou la postérieure, les mouvements en coupe-papier glissé entre les feuillets d'un livre rendent des services et il ne faut pas les négliger, on pourra, on devra même les combiner avec d'autres seuls admis par M. Tarnier, seuls praticables si le placenta occupe le fond de l'utérus. Ce sont, d'ailleurs aussi, ceux véritablement capables de détruire des connexions inter-utéro-placentaires solides. Ils consistent, non plus à attaquer le placenta avec le

bord cubital de la main, mais avec le bout des doigts, absolument comme si on se proposait de peler une orange. On commence par la partie adhérente à la paroi postérieure, puis on décolle en remontant et en allant d'un côté à l'autre, quand la partie correspondant au fond est détachée on rompt les connexions de celle qui est en rapport avec la paroi antérieure de l'utérus. Il ne faut retirer la main que lorsque tout est décollé et le placenta doit être extrait lentement et totalement.

A la sortie du délivre il faut en faire l'examen et réintroduire la main nouvellement antiseptisée s'il manque quelques fragments ou si l'on a des doutes.

Une injection intra-utérine à l'iode sera alors pratiquée. On la fera à 48° et on l'arrêtera quand le liquide ressortira limpide.

NOTA. — Quand on a troué le placenta près de son centre, on introduit les doigts dans la boutonnière ainsi formée, on les recourbe et on les promène circulairement entre le placenta et l'utérus (Budin).

ADHÉRENCES
NORMALES

Ici encore on n'attendra pas plus d'une heure en l'absence d'accidents, pour introduire la main dans l'utérus et aller à la recherche du placenta qu'on ne perçoit pas au toucher.

C'est d'ailleurs la délivrance artificielle seule qui est capable de renseigner sur l'existence vraie des adhérences. Quand elles existent réelles, il convient de les attaquer, comme le veut M. Tarnier, « non pas avec le bord de la main, mais avec le bout des doigts. On procède à petits coups, de proche en proche à peu près comme pour enlever la peau d'une orange, ou comme le fait le chirurgien qui veut enlever une

tumeur avec ses doigts. » Il faut avouer que parfois l'utérus est si fortement rétracté, que l'on est bien forcé d'agir comme on peut et de combiner tous les mouvements.

A la suite de manœuvres plus ou moins longues les adhérences cèdent le plus souvent, mais quelquefois il existe une fusion intime des tissus placentaires et utérins qui augmentent la difficulté et la rend même invincible. Rarement on rencontre des adhérences aussi fortes réparties sur tout le placenta, elles se trouvent plutôt localisées en certains points. En présence de connexions aussi étroites, il faut dit M. Budin, « s'efforcer d'enlever la plus grande partie possible du tissu placentaire ; pour cela on pétrit un à un les cotylédons entre le pouce, l'index et le médium, on effrite, on détache ainsi les tissus des villosités, parcelle par parcelle, jusqu'à ce qu'on soit arrivé près de la paroi utérine qu'on sent beaucoup plus ferme et plus résistante. » Ce procédé présente des avantages incontestables à condition cependant que l'utérus ne soit pas fortement revenu sur lui-même. Nous craignons en effet que dans ce cas, la main ne soit pas suffisamment à l'aise pour disposer ses doigts comme le recommande M. Budin et pour se mouvoir ainsi sans une fatigue extrême. Aussi sera-t-on obligé de s'en tenir aux mouvements les plus commodes, les moins pénibles.

On pourra même venir en aide à la main avec une curette ou des pinces que guideront les doigts, mais il est à présumer qu'où la main a échoué, les instruments n'arriveront pas non plus au but. Alors que faire ? Abandonner les parties trop adhérentes, prati-

quer une injection intra-utérine iodée et soumettre la femme, dans les jours qui suivent, à une antisepsie vaginale et vulvaire des plus sérieuses. Des injections fréquentes seront employées et après chacune la vulve sera garnie d'un pansement à la gaze iodoformée.

Si malgré ces précautions, il survient des manifestations septicémiques, on fera de nouveau des injections intra-utérines et si elles restent insuffisantes, on pratiquera le curettage et l'écouvillonnage et en cas d'échec, on pourra se poser la question de l'hystérectomie, qu'on résoudra par l'affirmative, s'il n'existe ni péritonite, ni infection généralisée.

CONTRACTURE Jusqu'ici nous avons supposé que nous pénétrions d'emblée dans la cavité utérine, mais il n'en est pas toujours ainsi et avant de pouvoir mettre en pratique la délivrance artificielle, on se trouve quelquefois en présence d'obstacles qu'il faut lever si on veut réussir à faire sortir le placenta de l'utérus ; ces obstacles sont les contractures. Voyons donc comment on arrive à les supprimer et ce qu'il importe de faire si on échoue.

Il n'y a pas d'accidents. — Dans toutes les contractures, les anti-spasmodiques ont été employés, et s'ils comptent des succès, ils ont éprouvé plus d'un revers. On s'est servi tour à tour des grands bains chauds, du succinate d'ammoniaque, de l'antipyrine, du chloral, des pommades à la cocaïne, à la belladone, mais l'avantage paraît être resté à deux médicaments : la morphine et le chloroforme. Encore ne convient-il pas de les employer seuls, mais comme adjuvants à la délivrance artificielle. Le chloroforme jusqu'à résolution complète, semble avoir la préférence de M. Tarnier.

« Sous le chloroforme, dit cet éminent accoucheur, on opère avec plus de commodité et par conséquent plus de sûreté ; d'autre part, l'utérus se relâche et le col se laisse entr'ouvrir suffisamment pour permettre l'introduction de la main ; enfin la fibre musculaire, devenu moins irritable, supporte la présence de la main sans se contracter violemment, ce qui est très important, car des contractions subintrantes gênent beaucoup l'opérateur, dont elles paralysent assez rapidement les forces. » Le chloroforme a en outre l'avantage de relâcher les muscles abdominaux et de permettre ainsi à une main placée à l'hypogastre d'abaisser l'utérus et d'exercer sur son fond, pendant que l'autre main essaye la dilatation, une contre pression dont le but est d'éviter le tiraillement et la rupture de ses attaches vaginales.

M Budin croit qu'il est bon avant de chloroformer de faire aussi une injection de morphine.

Pour opérer la dilatation, la femme une fois en résolution, est laissée dans le decubitus horizontal ou mieux mise dans la position obstétricale. L'accoucheur s'antisepsie soigneusement les mains et les avant-bras. Il enduit la face dorsale de sa main droite de vaseline au sublimé, afin d'en faciliter le glissement dans le vagin et l'utérus, puis l'engage dans le vagin où l'on a eu soin de faire passer une injection après toilette vulvaire. Du vagin, la main cherche à s'insinuer dans l'utérus. En raison de la contracture, il s'établit une lutte, mais une lutte de douceur et de patience (la matrice ne voulant pas être prise d'assaut) entre l'accoucheur qui essaye d'engager un, deux, trois, quatre de ses doigts, puis sa main toute entière

dans l'utérus et les fibres musculaires qui résistent. Dans certains cas, le spasme cède facilement, dans d'autres, ce n'est qu'au bout d'un temps assez long, que la main franchit le point ou le canal resserré, il arrive même souvent que celle qui a commencé la besogne doit se retirer, laissant à l'autre le soin de compléter son œuvre, il n'est pas rare qu'on soit obligé d'avoir recours de nouveau à la première, heureux encore quand cette fois on réussit.

Lorsque la main se trouve dans l'utérus, elle opère la délivrance artificielle comme il a déjà été indiqué plus haut. Cette délivrance ne présente de réelles difficultés que lorsqu'il existe des adhérences au point de vue desquelles on se comportera comme nous l'avons déjà vu. Le placenta extrait on fera une nouvelle toilette vulvaire, une injection vaginale et finalement une injection intra-utérine (à l'iode ou au permanganate de potasse). Quand on échoue en opérant comme précédemment, M. le professeur Tarnier engage à employer un moyen qui lui a souvent réussi. Il consiste à saisir le col avec deux pinces de Museux, placées sur chacune des lèvres en se servant de deux valves ou sans l'intermédiaire de spéculum. Un aide tire alors sur les pinces pendant que d'une main l'opérateur exerce une pression sur le fond de l'utérus. L'autre qui essaye la dilatation a ainsi un appui plus solide, et triomphe plus facilement de la résistance des fibres contracturés.

Si les doigts ne parviennent pas à dilater, il faut s'adresser aux instruments, On utilisera les bougies d'Hégar jusqu'au calibre correspondant au volume d'une pince à ovariectomie chargée d'un petit ballon de Champetier de Ribes. Ce ballon provoquera des con-

tractions, agrandira l'orifice. Quand la circonférence de l'orifice sera égale à celle du ballon, on cherchera à faire une nouvelle tentative de dilatation manuelle, si elle échoue, on profitera de la dilatation acquise pour introduire un gros ballon de Champetier qu'on remplira presque complètement de liquide (eau boriquée). Son expulsion est suivie généralement de celle du placenta quand il n'est pas anormalement adhérent. Dans le cas contraire, il faut saisir le moment où le ballon sort de l'utérus et profiter de la dilatation produite pour insinuer la main dans la matrice, car le spasme après l'issue du ballon peut se reproduire. C'est même dans cette crainte que M. Tarnier donne le conseil, au moment où la dilatation est presque suffisante pour laisser passer le ballon, d'introduire la main dans le vagin, puis de vider le ballon lentement, cherchant à remplacer le liquide par la main qui se trouve ainsi dans l'utérus quand tout le liquide s'est écoulé.

Lorsque toutes ces manœuvres restent insuffisantes, si aucun accident n'existe, il faut faire de l'expectation antiseptique, on donnera après l'intervention, s'il est possible, une injection intra-utérine.

Les toilettes vulvaires et les injections vaginales seront répétées. La vulve sera garnie d'un pansement à la gaze iodoformée. Des tentatives nouvelles de la dilatation seront pratiquées à intervalle, jusqu'au moment où surviendra une complication et dans ce cas, le traitement sera celui de rétention due à une contracture avec accidents.

Contracture compliquée d'accidents. — Lorsque l'hémorrhagie est seule en cause, on essayera de dilater afin de pratiquer la délivrance artificielle,

mais si on échoue, on fera des injections chaudes, et si elles sont insuffisantes on recourera au tamponnement vaginal à la gaze iodoformée, ou, lorsque la chose est praticable, au tamponnement intra-utérin. Le curettage ne sera pas employé contre l'hémorrhagie puisque, ainsi que l'a montré M. Gaulard, il est capable d'engendrer lui-même ce que l'on veut combattre.

En présence de la septicémie, il faut intervenir énergiquement et promptement. On utilisera tout d'abord les injections intra-utérines, leur but sera d'entraîner des parties détachées et putréfiées du placenta et avec elles une foule de microbes. On ne s'arrêtera pas là. La dilatation manuelle ou instrumentale sera tentée. Est-elle possible on cherchera à pratiquer la délivrance artificielle, si on arrive à introduire la main, sinon on extraira avec les doigts ou en s'aidant d'une pince le placenta, dans le cas où il est décollé, on fera le curettage, dans le cas où il ne l'est pas. Au contraire, les fibres musculaires contracturées ne se relâchent-elles pas, ou très peu, on temporisera à condition que les injections intra-utérines soient suivies d'un effet heureux, mais lorsque malgré plusieurs injections, les phénomènes septicémiques continuent, que faire ? On curettera, si le doigt peut contrôler l'action de la curette, mais, si ce contrôle lui est impossible, comme on risque alors de laisser des cotylédons dans l'utérus, et de perforer l'organe généralement ramolli, il est permis d'y renoncer, et de s'adresser à un dernier moyen, la laparotomie et l'hystérectomie supra-vaginale ou totale. Ce dernier moyen conviendra aussi, au cas où pouvant contrôler la curette avec le doigt en raison d'un cer-

tain degré de dilatation, cette curette échoue sur des cotylédons adhérents, et ou en persistant elle finirait par perforer l'utérus. Certains auteurs diront enlevez le plus possible, et faites des injections intra-utérines. Soit. Supposons qu'elles échouent, (et il y a bien des chances pour que cela arrive), il faudra alors laisser mourir la femme. A ce moment peut-être, consentiront-ils à laisser laparotomiser, mais il sera trop tard le mal aura pris une extension trop grande, il y aura déjà de la péritonite généralisée, ou de l'infection générale, ou la femme sera tellement affaiblie qu'elle ne supportera pas l'opération. Rien d'étonnant alors à ce qu'on voie cette opération ne pas réussir, et à ce qu'on la discrédite. Cependant, ce n'est pas elle qu'il faut incriminer, mais la temporisation. Il est certain, que l'antisepsie et le curettage sont des moyens précieux, mais il ne faut pas trop leur demander. Aussi quand le curettage pratiqué après des injections intra-utérines infructueuses, n'est pas capable de débarrasser complètement l'utérus, d'un placenta entier ou d'une partie de placenta, croyons-nous qu'en l'absence de péritonite généralisée, d'infection générale (et la façon la plus sûre de la reconnaître, sera l'examen du sang), d'affaiblissement trop considérable de la malade, il est rationnel et nécessaire de recourir à l'hystérectomie supra-vaginale ou totale.

Lorsque l'hémorrhagie compliquera le septicémie et qu'elle résistera aux injections chaudes antiseptiques, si la dilatation est impossible, il faudra rejeter le curette, faire un tamponnement vaginal ou intra-utérin provisoire et pratiquer l'hystérectomie supra-vaginale ou totale.

Enkystement. — Il ne faut pas ou peu compter sur l'action des antispasmodiques, pour produire un relachement de l'anneau tendineux qui se trouve à l'entrée du kyste. Tout ce qu'on peut attendre d'eux, c'est qu'ils donnent de la tranquillité à la femme, chose indispensable pour agir commodément et sûrement, et qu'ils suppriment la tension des muscles abdominaux qui gêne la surveillance exercée par la main placée à l'extérieur sur le kyste. Donc, quand la femme sera indocile, on la chloroformera ou on lui fera une injection de morphine, l'emploi simultané des deux moyens a été préconisé, souvent on les omet tous deux. Toujours on pratiquera la délivrance artificielle qui constitue le traitement de choix et à laquelle on devra recourir d'emblée, sans s'attarder à faire auparavant des pressions, des frictions sur le kyste qui n'auraient qu'un effet illusoire. Cette délivrance artificielle sera faite ainsi : on n'introduira pas indifféremment l'une ou l'autre main. La droite conviendra presque dans tous les cas, mais la gauche sera seule utilisable, quand le kyste se trouvera à gauche. La main choisie, ainsi que l'avant-bras correspondant seront soigneusement lavés et antiseptisés. La main aura sa face dorsale enduite de vaseline au sublimé, puis sera glissée doucement jusqu'à l'orifice du kyste. Le cordon lui servira de guide. Arrivé à l'anneau qui doit être dilaté, on se gardera de l'exciter dans l'espoir de réveiller dans la poche des contractions efficaces. Le résultat de cette manœuvre serait au contraire de produire une occlusion plus grande de la cellule. Aussi renonçant à ces excitations on cherchera à engager

progressivement un, deux, trois doigts, puis toute la main dans le kyste, en contournant le placenta qu'il renferme, en décollant les parties adhérentes avec une grande prudence, ayant toujours présent à l'esprit que les parois peuvent être d'une extrême minceur. Il sera d'ailleurs utile pendant qu'une main se trouvera à l'intérieur du kyste de maintenir le fond avec l'autre, d'y pratiquer alors des frictions légères, capables de déterminer des contractions qui augmenteront la résistance de la cellule et diminueront les chances de perforation.

Le placenta décollé sera entraîné au dehors ; des tractions sur le cordon faciliteront sa sortie.

Si la dilatation est impossible, on attendra quelques temps, puis on entreprendra une nouvelle tentative, quitte à revenir à une 3^{me}, puis à une 4^{me}, même davantage. Après chacune on fera une injection intra-utérine. L'antisepsie vaginale et vulvaire sera comme d'habitude des plus minutieuses.

Une hémorrhagie vient-elle à se produire et l'anneau résiste-t-il toujours, on pourra pratiquer des injections antiseptiques chaudes, même un tamponnement intra-utérin. Hirogoyen, dans un cas analogue fait deux injections d'ergotine qui ont réussi à arrêter le sang, et à amener l'expulsion du placenta. Nous ne conseillons pas cette dernière manière de faire. Ces moyens permettent de temporiser, mais, où s'arrêtera l'expectation. Il est difficile de préciser une limite. Cependant, nous croyons que quand des accidents septicémiques éclatent, surtout quand en même temps il survient une contracture des orifices ou que le col menace de se reformer, il n'y a plus à

tergiverser. Quelle sera alors la conduite à tenir ? Le curettage instrumental est impraticable et dangereux, il faut le rejeter, la méthode de Dubroca est insuffisante avec un orifice étroit et ne doit pas être recommandée, elle est même complètement impossible si le col ne permet pas à la main l'accès de la cavité utérine. Reste donc la laparotomie avec incision de l'utérus, extraction du placenta, et si les parois de la matrice sont en mauvais état, l'hystérectomie supra-vaginale ou totale, sinon suture par la méthode de Sanger. C'est, croyons-nous, le meilleur moyen, sinon le seul, d'avoir une issue favorable.

KYSTES DE L'OVAIRE

Nous avons vu que la rétention peut être due à la compression du segment inférieur par un kyste de l'ovaire momentanément refoulé, puis reprenant sa place dans le petit bassin après la naissance de l'enfant. La première chose à faire dans ce cas sera de pratiquer un nouveau refoulement de la tumeur. Sous son influence le canal cervico-utérin s'agrandira et l'expulsion du placenta se fera en général spontanément. Si au bout d'une heure, le placenta n'est pas dans le vagin on ira le chercher dans l'utérus avec la main.

Fibromes. — Lorsque le fibrome produit la rétention à la façon du kyste de l'ovaire, il faut se comporter comme précédemment ; s'il agit par inertie ou par adhérences il n'y a pas d'indications spéciales à remplir, sauf, cependant quand le placenta est inséré totalement ou partiellement sur un polype et que certaines parties présentent une adhérence anormale, alors plutôt que d'abandonner du tissu placentaire dans l'utérus il vaut mieux enlever à la fois le polype avec la partie du placenta qui

lui adhère ainsi que l'ont fait avec succès Radfort en 1844 et Aubinais (1844), tous deux cités dans la thèse de Lefour

VOLUME DU PLACENTA — Dans les cas de placentas volumineux ou de caillots accumulés dans les membranes derrière le placenta, la délivrance artificielle mettra fin à la rétention. Il en sera de même si l'on se trouve en présence d'un cas analogue à celui de M. Lavergne.

PLACENTA ACCESSOIRE Dès qu'on s'aperçoit par l'examen du délivré de la rétention d'un placenta accessoire il faut de suite aller à sa recherche, le décoller s'il est adhérent et en cas d'échec agir comme il a été dit au sujet des adhérences.

RÉTENTION PROLONGÉE Dans les rétentions prolongées de placentas entiers ou de polypes placentaires, c'est presque toujours pour des hémorrhagies que le médecin est consulté.

Il n'entreprendra aucun traitement avant d'avoir au moins touché la femme. Le palper aura d'ailleurs pu lui apprendre que l'utérus est volumineux. Au toucher il lui arrivera quelquefois de trouver, outre un utérus plus gros que normalement, un col entr'ouvert et une tumeur engagée dans ce col. Il appréciera la forme, la régularité, la consistance de cette tumeur. Il essaiera même de l'entamer afin d'en avoir un fragment qu'il examinera. L'examen de ce fragment lui donnera la solution du problème.

D'autrefois le col est fermé et la situation est plus embarrassante, avant de recourir à la dilatation il lui sera permis d'employer les injections chaudes, le tamponnement, mais en présence d'une hémorrhagie persistante, avant de donner du seigle ergoté qui peut amener l'expulsion du placenta dans

quelques cas mais qui peut aussi l'emprisonner davantage, il sera prudent d'affermir son diagnostic surtout si les commémoratifs laissent des doutes au sujet d'une rétention, si les symptômes généraux, la forme et la consistance de l'utérus ne concordent pas avec l'existence d'une tumeur, alors on dilatera, on fera le cathétérisme de la cavité utérine (le chloroforme pourra être nécessaire), on essayera d'introduire un doigt dans cette cavité si on sent une tumeur on cherchera à en ramener un fragment avec le doigt ou avec une curette et si dans ce fragment on reconnaît des villosités, le diagnostic de rétention placentaire s'impose.

Il faut alors songer à débarrasser la femme de ce corps étranger dangereux. Lorsque le col est entr'ouvert on cherchera d'abord à faire usage de ses doigts pour décoller les parties adhérentes pour entraîner celles qui sont détachées. On pénétrera plus avant dans l'utérus si on a soin de l'abaisser avec des pinces où si on engage sa main toute entière dans le vagin (ici le chloroforme devient indispensable en raison de la douleur. Les doigts n'arrivent-ils pas à tout atteindre, à tout décoller on terminera l'opération avec la curette. Comme les pinces sont souvent d'un grand secours pour l'extraction du placenta, on ne devra pas les oublier. Une injection vaginale et intra-utérine sera donnée avant et après l'opération. Quand le col est fermé il importe de le dilater au moins jusqu'à admettre une curette, plus même, jusqu'à permettre l'introduction d'un ou deux doigts, la besogne faite par les doigts étant toujours meilleure que celle opérée par la curette avec laquelle on risque

davantage de perforer l'utérus et de produire une hémorrhagie abondante. Pour pratiquer la dilatation, les dilatateurs métalliques sont les instruments de choix, les bougies d'Hégar pourront cependant être utilisées. Dans certains cas, surtout quand on désirera faire usage de ses doigts l'incision du col sera nécessaire. Les pinces aideront à l'extraction et lorsque les doigts n'arriveront pas sur certaines parties ou que des cotylédons résisteront au décollement il faudra user de la curette.

La dilatation devra être précédé d'une toilette vulvaire et vaginale et suivie d'une injection intra-utérine antiseptique chaude qui sera renouvelée après la sortie du placenta. Si même on est sur de la parfaite vacuité de l'utérus on sera alors autorisé à administrer du seigle ergoté.

CONCLUSIONS

1° Si une heure après l'expulsion fœtale le placenta se trouve encore dans l'utérus, on peut dire qu'il y a rétention.

2° La contracture décrite par les anciens auteurs sous le nom de contracture de l'orifice interne ne siège pas à cet orifice mais à l'anneau de contraction.

3° Le terme d'enchatonnement paraît defectueux pour désigner le phénomène dont il s'agit, il serait préférable de lui substituer celui plus juste d'enkystement. Le mot enchatonnement s'appliquerait plutôt au phénomène décrit sous le nom d'encadrement.

4° L'enkystement est du, d'une part, à l'inertie de la région utérine sur laquelle s'insère le placenta et à la contracture de la zone environnante de muscle utérin.

5° Les adhérences reconnaissent deux causes : l'inflammation et la dégénérescence fibreuse des villosités.

6° On néglige trop souvent la vessie comme facteur de rétention.

7° Le diagnostic de la rétention totale du placenta est en général facile, plus délicat est celui de la cause ou des causes qui engendrent cette rétention. Le diagnostic de la rétention partielle est souvent difficile, très fréquemment impossible.

8° Les adhérences anormales peuvent exceptionnellement permettre au placenta de rester dans l'utérus un temps quelquefois très long, sans donner lieu à d'autres symptômes que des coliques utérines et des pertes.

9° Le placenta partiellement retenu ou polype placentaire, est susceptible de devenir malin et amener la perforation de l'utérus.

10° Le phénomène décrit sous le nom d'absorption du placenta n'existe pas. Il est la conséquence de la fragmentation de l'organe poussée à l'extrême et de l'élimination insensible des particules placentaires qui disparaissent sans troubler, de quelque façon que ce soit, la santé de la femme.

11° Si après la délivrance l'examen attentif du placenta doit être fait, il faut aussi pratiquer avec le plus grand soin l'examen des membranes, pour acquérir la certitude qu'aucun placenta accessoire n'est resté dans la cavité utérine.

12° Si l'on a des doutes après l'examen du délivre, il ne faut pas hésiter quand la dilatation des orifices le permet, d'introduire sa main dans la matrice et en cas de relief anormal chercher à avoir au moins une parcelle de ce relief plus ou moins difficile à détacher afin d'en faire l'examen microscopique si à l'œil nu on n'est pas fixé sur sa nature.

13° Au bout d'une heure, même en l'absence d'accidents, on est autorisé à pratiquer la délivrance artificielle.

14° Si cette délivrance, par suite d'adhérences ou de contracture, est impossible on devra se borner à l'expectation antiseptique tant qu'il n'y aura pas d'accidents.

15° L'hémorrhagie survenant seule, si la délivrance artificielle ne peut pas être pratiquée en raison du défaut d'accès de la cavité utérine, elle devra être combattue par les injections chaudes et s'il y a lieu, le

tamponnement vaginal ou intra-utérin à la gaze iodoformée.

16° La septicémie exige un traitement rapide et énergique et lorsque contre elle les injections intra-utérines auront été employées sans fruit, que les tentatives de délivrance artificielle ou d'extraction auront été vaines ou insuffisantes, que le curettage sera impraticable en raison du peu de dilatation ou qu'il sera incomplet par suite d'adhérences anormales nous croyons qu'il est permis de recourir à l'hystérectomie supra-vaginale ou totale s'il n'y a pas de péritonite généralisée d'infection générale, d'affaiblissement trop grand de la femme. Si les annexes sont malades, l'opération n'est pas contre indiquée. On les enlèvera en même temps que l'utérus.

17° Quand les tentatives de dilatation faites pour opérer la délivrance artificielle dans l'enkystement échouent, si la septicémie se déclare malgré l'antisepsie surtout s'il survient une contracture des orifices, ou si le col à une tendance à se reformer, on peut songer à pratiquer la laparotomie avec suture de l'utérus si les parois sont en bon état, avec hystérectomie supra-vaginale ou totale si elles ont un mauvais aspect.

Vu :

Le Président de la thèse,

A. HERGOTT.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 16 juillet 1896.

Le Recteur,

A. GASQUET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Acconci. — *Archives de tocologie*, p. 794, 1890.
- Albert. — Th. de Paris, 1878. Adhérences anormales du placenta.
- Albertin. — Th. de Lyon, 1887. Des injections intra-utérines au point de vue obstétrical sous la méthode antiseptique.
- Bourrus. — Th. de Bordeaux, 1891. Étude sur les formes anormales de l'utérus gravide.
- Budin. — Leçons de clinique obstétricale.
— Obstétrique et gynécologie, 1886.
- Bubendorff. — Th. de Nancy, 1881. Considération sur l'enchaînement du placenta.
- Cazeaux. — Traité de l'art des accouchements, 1862.
- Chahbazian. — Th. de Paris, 1882. — Des fibromes du col de l'utérus au point de vue de la grossesse et de l'accouchement.
- Charpentier. — Traité d'accouchements, 1890.
- Couecou. — Th. Paris, 1872. Rétention du placenta.
- Demelin. — Th. de Paris, 1888.
- Duchamp. — Th. d'agrégation, 1881. Des altérations des villosités choriales.
- Duchâteau. — Th. Paris, 1813.
- Gerbaud. — Th. d'agrégation, 1886. De la rétention du placenta et des membranes dans l'avortement.
- Guéniot. — *Gazette des hôpitaux*, 1874. Leçons sur les adhérences anormales.
- Herrgott, père. — Th. d'agrégation, 1839. Essai sur les différentes variétés de formes de la matrice pendant la gestation et l'accouchement.
- Joëglé. — Th. Paris, 1894. Les polypes placentaires.
- Klasson (M^{me}). — *Annales de gynécologie*, 1889.
- Lacordelle. — Th. Montpellier. Contribution à l'étude de la rétention prolongée du placenta.

Libert. — Th. Paris, 1874. Adhérences anormales.

Lechevallier. — Th. Paris, 1877. Essai sur la rétention du placenta.

Lefour. — Th. d'agrégation, 1880. Des fibromes utérins au point de vue de la grossesse et de l'accouchement.

Maslowsky. — *Annales de gynécologie*, 1880. Études sur les polypes placentaires.

Milhau. — Th. Montpellier, 1882. Essai sur l'enchatonnement du placenta.

Murray. — Th. de Paris, 1890. Recherches sur la durée de la délivrance chez les primipares et les multipares.

Nègre. — Th. de Paris, 1880. Rétention du placenta.

Perret. — Th. de Strasbourg, 1866.

Picot. — Th. de Paris, 1891. Malformations de l'utérus et du vagin au point de vue obstétrical.

Pinard et Vannier. — Études d'anatomie obstétricale normale et pathologique, 1892.

Rambaud. — Th. Paris, 1883. De la rétention du placenta après l'accouchement et l'avortement.

Remy. — Th. d'agrégation, 1886. De la grossesse compliquée de kystes de l'ovaire.

Renaud. — Th. Paris, 1875. — Des accidents qui peuvent compliquer la délivrance.

Ribemont-Dessaignes. — Précis d'obstétrique, 1896.

Sébileau. — Th. Paris, 1873. Des corps fibreux de l'utérus dans leurs rapports avec la fécondation, la grossesse.

Stolz. — Th. d'agrégation, 1834.

Swayne. — *Brit. med. Journal*, 1875. Remarks on adhesion of the placenta.

Tarnier, Chantreuil et Budin. — Traité de l'art des accouchements, 1888.

Tarnier. — *Bulletin de l'académie de médecine*, 1882.

— Asepsie et antisepsie, par Potocky, 1894.

Vigouroux. — Th. Paris, 1890. Rôle de la vessie pendant l'accouchement et la délivrance.

Vinay. — Traité des maladies de la grossesse, 1894.

Winterbert. — Th. Paris, 1894-1895. De l'ablation de l'utérus dans l'infection puerpérale.

Wisard. — Th. Paris, 1888. De l'intervention chirurgicale dans la rétention placentaire.

Wurtz. — Th. Paris, 1878. Rapports de certaines malformations utérines avec la grossesse et l'accouchement.

